

Correlação entre suporte familiar, saúde mental e crenças irracionais em idosos religiosos

Adriana Said Daher Baptista – Centro Universitário Hermínio Ometto (UNIARARAS)

Saulo Tadeu Valiero das Neves – Psicólogo da Rede Pública de Araras

Makilim Nunes Baptista – Universidade São Francisco

Resumo

Esta pesquisa teve como objetivo principal avaliar a correlação entre a percepção do suporte familiar, saúde mental e crenças irracionais de idosos religiosos, bem como conhecer o perfil sociodemográfico e religioso da amostra. Participaram 50 idosos católicos praticantes, pertencentes a uma Paróquia Católica de um município no interior do estado de São Paulo, com idade entre 60 e 80 anos. Foram aplicados, em forma de entrevista, um questionário sociodemográfico e de práticas religiosas; o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF); o Short Psychiatric Evaluation Schedule (SPES-R), que avalia a saúde mental, e o Questionário de Crenças Irracionais (QCI). Os idosos foram indicados por seus colegas para a entrevista. Foram encontradas correlações positivas entre as dimensões Afetivo-Consistente, Autonomia e total do IPSF com o SPES-R, bem como correlações positivas entre a dimensão Afetivo-Consistente e total do IPSF com o QCI. Esses resultados, bem como as limitações e sugestões para estudos posteriores são discutidas.

Palavras-chave: Idosos, saúde mental, percepção do suporte familiar, crenças irracionais.

Correlation between family support, mental health and irrational beliefs in an elderly religious group

Abstract

This research aimed to assess the correlation among the perception of family support, mental health and irrational beliefs in religious elderly persons, as well as to know the social-demographic and religious profile of the sample. 50 active catholic elderly persons, aging from 60 to 80 years old, were studied, all of them attending at a Catholic Church in a city located in the state of São Paulo. A social-demographic and religious practices Questionnaire, the Perception of Family Support Inventory (IPSF), the Short Psychiatric Evaluation Schedule (SPES-R), which assess mental health, and the Irrational Beliefs Questionnaire (QCI) were administered. The elderly people interviewed also indicated their friends to these interviews. Positive correlations were found among the affective-consistent, autonomy and IPSF's total scores, and SPES-R, as well as positive correlations between affective-consistent dimension and IPSF total punctuation with QCI. The result, the limitations and suggestions for future studies are discussed.

Keywords: Elderly people, mental health, perception of family support, irrational beliefs.

Correlación entre soporte familiar, salud mental y creencias irracionales en ancianos religiosos

Resumen

Esta investigación tuvo como principal objetivo evaluar la correlación entre la percepción del soporte familiar, salud mental y creencias irracionales en ancianos religiosos, así como también conocer el perfil socio-demográfico y religioso de la muestra. Participaron 50 ancianos que practicaban el catolicismo, pertenecientes a una Parroquia Católica de un municipio en el interior del estado de São Paulo, con edad entre 60 y 80 años. Fueron aplicados, en forma de entrevista, un cuestionario socio-demográfico y de prácticas religiosas; el Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF); el Short Psychiatric Evaluation Schedule (SPES-R), que evalúa la salud mental, y el Questionário de Crenças Irracionais (QCI). Los ancianos eran indicados por sus colegas para la entrevista. Fueron encontradas correlaciones positivas entre las dimensiones Afetivo-Consistente, Autonomía y total del IPSF con el SPES-R, así como también correlaciones positivas entre la dimensión Afetivo-Consistente y total del IPSF con el QCI. Esos resultados, así como las limitaciones y sugerencias para posteriores estudios son discutidos.

Palabras clave: Ancianos, salud mental, percepción del soporte familiar, creencias irracionales.

Introdução

A terceira idade é uma fase do desenvolvimento caracterizada por mudanças físicas, cognitivas e psi-

cossociais que refletem as peculiaridades desse período de vida. Nos países em desenvolvimento (como no caso do Brasil), o marcador cronológico para o início dessa etapa é 60 anos, como preconizado pela Orga-

nização Mundial de Saúde – OMS (Porto, 2002). Essa especificidade relativa aos países em desenvolvimento se deve às diferentes expectativas de vida e condições de qualidade de vida que vêm aumentando, mas que difere em função da condição sociocultural entre os países. No Brasil, ocorre não somente um aumento da população idosa, mas também um envelhecimento dessa população, ou seja, maior número de idosos nas faixas etárias mais elevadas.

Uma das peculiaridades no que concerne ao envelhecimento no Brasil, por sua vez, é que este não se dá pautado pelo desenvolvimento social em todas as camadas da população (Ramos, 2002). Isso possui sérias implicações, pois a alteração na proporção de idosos traz também modificação no perfil epidemiológico da população, isto é, a mudança das causas de morbidade e mortalidade, com aumento de doenças crônicas (por exemplo, doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, demências e doenças degenerativas) que não podem ser resolvidas rapidamente (Chaimowicz, 1997; Almeida, 1999; Lima-Costa, Barreto & Giatti, 2003; Ramos, 2002). Maia, Durante e Ramos (2004) vão além, pontuando que entre as demandas que podem surgir com o envelhecimento populacional também se encontram as doenças neurológicas e psiquiátricas, afirmando que um em cada seis idosos que vivem na comunidade pode vir a apresentar algum tipo de comprometimento em sua saúde mental.

Diante de tal diversidade e das especificidades da situação dos idosos no contexto brasileiro, deve-se considerar a avaliação da saúde do idoso para além das dimensões físicas e funcionais, incluindo também variáveis de cunho emocional, ambiental, social e espiritual, uma vez que tais fatores podem ser importantes para auxiliarem no enfrentamento do adoecimento físico e podem igualmente promover e proteger a saúde mental da população mais velha (Figueiredo, Mello Wagner & Cançado, 2002). Especificamente em relação à saúde mental, Figueiredo, e cols. (2002) citam alguns fatores que podem influenciar no nível de saúde mental do idoso, tais como aposentadoria, problemas familiares, privação de autonomia, privações sensoriais advindas da precariedade na estimulação, comprometimento da motricidade, privações sociais, fenômenos dolorosos no corpo e obrigação de permanência em estruturas limitantes (institucionalização, por exemplo).

Dentro dessa perspectiva que vê o adoecimento mental do idoso concatenado a múltiplas variáveis, a

questão da família se constitui em um importante fator a ser analisado. Países em desenvolvimento carecem de uma rede de suporte formal eficiente e a família acaba se tornando a responsável por auxiliá-los em quaisquer necessidades específicas que surjam, seja material ou emocional. O ambiente familiar, nesse sentido, constitui-se na mais importante rede de suporte que o idoso possui em nosso país (Caldas, 2003). Independentemente do arranjo e da estrutura familiar (número de membros, papéis definidos entre os membros) do idoso, faz-se importante salientar que é fundamental a qualidade do suporte familiar dessas pessoas (Ramos, 2003).

O suporte familiar se mostra um construto de difícil operacionalização, sendo uma de suas definições como parte da rede informal e mais próxima de relacionamentos, na qual o indivíduo é beneficiado por meio do contato e das trocas mantidas com seus familiares, podendo desenvolver maior resiliência e bem-estar psicológico e sendo auxiliado na manutenção de respostas mais adequadas diante de eventos estressores (Kirk, 2003). Lemos e Medeiros (2002) pontuam algumas das funções do suporte familiar como dar e receber informações, proporcionar auxílio material e emocional, dar às pessoas o senso de amor e valorização, possibilitar a construção e manutenção de uma identidade social, além do auxílio na atribuição de sentido às experiências de vida.

O sentimento de pertencimento, amor e segurança advindos de um suporte familiar adequado proporciona maior resistência ao estresse, reduzindo seus efeitos negativos presentes na saúde mental da pessoa (Ramos, 2002). Uchino, Uno e Holt-Lunstad (1999) afirmam, ainda, que os relacionamentos interpessoais podem influir também na saúde física por meio da promoção de comportamentos saudáveis que podem alterar diretamente as funções endócrinas e de imunidade.

Outra variável importante a ser considerada como fator relacionado à saúde e bem-estar do idoso é a religiosidade. Goldstein e Sommerhalder (2002) a definem como “comportamentos e crenças associados à religião”, que devem ser considerados sob um prisma multidimensional que abarque tanto os aspectos subjetivos da experiência religiosa quanto as suas várias manifestações comportamentais (por exemplo, frequência a reuniões). Segundo Peres, Arantes, Lessa e Caous (2007), Guimarães e Avezum (2007) e Panzini, Rocha, Bandeira e Fleck (2007), a atenção ao aspecto da religiosidade se torna cada vez mais necessária na

prática de assistência à saúde, visto que cada vez mais a ciência admite a importância da dimensão espiritual e religiosa do ser humano.

Em um artigo de revisão sobre vários trabalhos que trataram sobre a religiosidade e suas interfaces com a saúde física e mental, Levin (1994) pontua que a religião pode ser entendida em conjunto com outras variáveis de cunho psicossocial como fator presente na compreensão dos aspectos referentes à morbidade e mortalidade. O autor frisa que atualmente os estudos científicos que incluem a religiosidade estão se tornando mais frequentes, o que vem garantindo *status* de cientificidade, como demonstrado nas várias publicações em jornais e meios de divulgação de cunho científico. A religiosidade tende a aumentar com a idade, uma vez que a maior ocorrência de eventos não controláveis na velhice (perdas e doenças crônicas) demanda estratégias de enfrentamento mais específicas e eficazes, e é aí que parece entrar a crença e prática religiosa (Goldstein & Sommerhalder, 2002).

A. S. D. Baptista (2004) realizou um estudo de corte transversal na comunidade com 6.961 idosos no Rio Grande do Sul, objetivando relacionar as práticas religiosas e a saúde mental, por meio da aplicação de um questionário sociodemográfico e de um instrumento de *screening* (SPES – Short Psychiatric Evaluation Schedule) para possíveis casos de transtornos psiquiátricos, desenvolvidos especificamente para a população idosa. A maioria da amostra era pertencente à religião católica (75,7%), seguida de evangélicos (15,5%) e os demais distribuídos em outras religiões (espíritas, religiões afro-brasileiras e outras). Um achado interessante dessa pesquisa é que foi verificado um risco maior em indivíduos que professam a fé evangélica e espírita terem problemas mentais. Isso pode indicar que a saúde mental, mais do que simplesmente estar relacionada à prática religiosa/religiosidade de uma pessoa, pode também se ligar ao tipo de religião professada.

Moreira-Almeida, Lótufo-Neto e Koenig (2006) e Guimarães e Avezum (2007) discorrem sobre as principais influências da religiosidade na vida das pessoas. Entre elas se encontram os comportamentos e estilos de vida saudáveis; suporte social (promovendo coesão social e o senso de pertencimento a um grupo específico); bem-estar subjetivo por meio de um senso de direção espiritual, além do que a religiosidade pode possibilitar maior aceitação e resiliência ante eventos estressores.

Nessa perspectiva, Peres, Simão e Nasello (2007) apontam que há uma estrita relação da religiosidade/espiritualidade com diversos aspectos da saúde mental, corroborando o que foi afirmado anteriormente sobre melhores indicadores de saúde mental e adaptação ao estresse em pessoas que praticam atividades ditas religiosas. Além do mais, o aumento da religiosidade com o avançar da idade é fonte importante de suporte emocional, com repercussões nas áreas da saúde física e mental também devido ao fortalecimento dos vínculos sociais e compartilhamento de crenças com pessoas que professam a mesma religião (Floriano & Dalgalarrondo, 2007).

Ressalta-se que a religiosidade envolve não apenas comportamentos religiosos, mas também um conjunto de crenças e interpretações que são presentes na compreensão e atuação do indivíduo em sua realidade (Goldstein & Sommerhalder, 2002). Segundo Lega (2002) e Peres e cols. (2007), as crenças podem ser fator crucial na adaptação do indivíduo diante das situações. A crença religiosa constitui-se em uma parte importante da cultura, dos princípios e dos valores utilizados pelos idosos para dar forma a julgamentos e processarem informações. A confirmação de suas crenças e inclinações perceptivas pode fornecer ordem e compreensão de eventos dolorosos, caóticos e imprevisíveis, bem como auxiliar no enfrentamento de questões intrinsecamente relacionadas com a velhice, como a perda e o maior número de enfermidades.

Como aspectos positivos das crenças, podem ser citados a aceitação, atribuição de sentido a experiências desagradáveis e busca de suporte nos membros. Há também efeitos negativos, tais como a passividade, interpretação de eventos desagradáveis como punição divina ou ato do demônio, sentimentos de culpa, ansiedade e depressão (por meio do aumento da autocrítica).

Segundo Lega (2002) e Baptista, M. N. (2004), as crenças podem ser entendidas como racionais quando são baseadas em fatos empíricos e auxiliam na adaptação do indivíduo em sua realidade e irracionais quando interferem nessa adaptação, uma vez que são crenças que determinam uma avaliação distorcida das situações. Lega (2002) afirma que as principais categorias e tipos de crenças presentes são baseados em algumas das seguintes premissas: pensamentos de “tudo ou nada” e/ou “sempre e nunca”; centrar-se no aspecto negativo das coisas; desqualificação do positivo; raciocínio emocional; rotulação (de outros

e das situações) e supergeneralização; personalização, atribuindo eventos e suas conseqüências a si mesmo; falseamento, isto é, a crença de que os outros em breve descobrirão que a pessoa é uma “farsa” e perfeccionismo.

Assim, a partir do exposto teórico, teve-se como objetivo principal nesta pesquisa avaliar a correlação entre percepção do suporte familiar, crenças irracionais e saúde mental em idosos pertencentes a uma Paróquia Católica situada em um município no interior do estado de São Paulo, bem como conhecer o perfil sociodemográfico e religioso dos idosos.

Método

Participantes

A pesquisa foi realizada com 50 idosos de ambos os sexos, com idade variando entre 60 anos e 80 anos, sendo 46% com idades entre 60 e 64 anos; 26% entre 65 e 70; 14% entre 71 e 74 e a mesma porcentagem entre 75 e 80 anos, todos freqüentadores de uma Paróquia Católica de um Município situado no interior do estado de São Paulo. Os critérios de inclusão ao grupo foram: ter freqüência média de, pelo menos, uma vez por semana em atividades religiosas da paróquia (ir a missa, fazer parte de grupos de oração, reza de terço, entre outras), por no mínimo seis meses; ter idade variando entre 60 e 80 anos; não ter citado presença de doença mental ou degenerativa do sistema nervoso, além de conseguir compreender as questões referentes à pesquisa.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico e religioso

Este questionário foi desenvolvido pelos autores, a fim de colher dados sociodemográficos e informações sobre a religiosidade dos participantes, como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, renda, estrutura familiar, moradia, trânsito religioso (mudança de religião), satisfação com a religião atual e percepção de intensidade de religiosidade com o passar dos anos (p. ex.: “ficou mais religioso”, “menos religioso”, “não mudou”).

Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF

O IPSF foi desenvolvido por Baptista (2005, 2007) é um inventário composto por 42 itens divididos em três fatores, analisados por meio de análise de componentes principais com rotação *oblimin*. O primeiro

fator denominado Afetivo-Consistente possui 21 itens a avalia a expressão de afetividade entre os membros familiares (verbal e não verbal), o interesse, proximidade, acolhimento, comunicação, interação, respeito, empatia, clareza nas regras intrafamiliares, consistência de comportamentos e verbalizações e habilidades na resolução de problemas. O fator denominado de Adaptação Familiar ficou composto por 13 itens, sendo expresso por perguntas referentes a sentimentos e comportamentos negativos em relação à família, tais como raiva, isolamento, incompreensão, exclusão, não pertencimento, vergonha, irritação, relações agressivas (brigas e gritos), além de percepção de que os familiares competem entre si, são interesseiros e se culpam nos conflitos, em vez de tentarem inter-relações mais pró-ativas. Essa dimensão será pontuada inversamente, logo, como ocorre com os outros fatores, quanto maior a pontuação, mais adequado será o suporte familiar, logo, expressando mais comportamentos positivos em relação à família (pouca ou nenhuma raiva, isolamento, sentimentos de incompreensão, exclusão, vergonha, irritação, relações agressivas, etc.). Por último, o fator denominado de Autonomia foi composto por oito itens e possui questões que podem assinalar relações de confiança, liberdade e privacidade entre os membros. Os índices de confiabilidade, expressos pelo Alfa de Cronbach, demonstraram que o fator 1 apresentou o Alfa de 0,91, o fator 2 de 0,90 e o fator 3 de 0,78, além do valor de 0,93 para a escala total. O IPSF é respondido por intermédio de uma escala Likert de três pontos, pontuando-se 2 para respostas “sempre”; 1 para “às vezes” e 0 para “nunca” (as pontuações gerais variam de 0 a 84). No presente estudo, foi encontrado um índice Alpha de 0,91 para o fator I (Afetivo-Consistente), 0,84 para o fator II (Adaptação Familiar) e 0,77 para o fator III (Autonomia). O somatório total do inventário apresentou um Alpha de Cronbach de 0,93. Os resultados mostraram que o instrumento manteve índices adequados de consistência interna na amostra investigada.

Short Psychiatric Evaluation Schedule – SPES-R

Desenvolvido inicialmente por Pfeiffer (1975), o SPES é um instrumento de rastreamento de saúde mental composto por 15 questões, que são respondidas no modelo sim ou não. Um escore geral pode ser obtido pela somatória das respostas positivas encontradas no teste. Esse questionário foi traduzido para o português e validado para estudos com idosos na comunidade por Blay, Ramos e Mari (1988). Uma análise discriminante

apontou que uma versão reduzida do teste com seis itens, SPES-R, mostrou um desempenho superior. No ponto de corte 1/2, os coeficientes de validação encontrados foram: sensibilidade 82%, especificidade 77%, valor preditivo positivo 58%, valor preditivo negativo 92% e taxa de classificação incorreta de 21%. Nessa pesquisa, utilizamos a versão reduzida do instrumento pela maior precisão para separar possíveis “casos” de “não casos”.

Questionário de Crenças Irracionais – QCI

Construído por Newmark, Frerking, Cook e Newmark (1973), esse instrumento avalia as crenças irracionais, de acordo com a teoria Racional Emotiva Comportamental de Albert Ellis. É composto por 11 itens com alternativas de “verdadeiro” ou “falso”, sendo o maior número de respostas “verdadeiras” associadas a um funcionamento emocional irracional. A versão em português apresenta valor Alfa de Cronbach de 0,71 (Yoshida & Colugnati, 2002).

Procedimento

A coleta de dados iniciou-se após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ocorrendo em um período de cinco meses, entre fevereiro e junho de 2006, em idosos. Os idosos eram frequentadores de templos religiosos incluídos na região geográfica atendida por uma paróquia situada em um município no interior do estado de São Paulo. A aplicação ocorreu de forma individual e após autorização de um padre responsável pela paróquia do município, que indicou o primeiro participante entrevistado.

Para o agendamento da aplicação, os pesquisadores fizeram contato por meio telefônico, verificando tam-

bém nesse momento uma aceitação verbal do indicado em participar. Em visita domiciliar, na ocasião das aplicações, as questões foram lidas para o entrevistado e anotadas suas respostas, uma vez que poderia haver fatores impeditivos de ordem visual característicos do desenvolvimento físico do idoso, problemas na compreensão da leitura ou mesmo dificuldade no entendimento dos itens.

Após o término da aplicação, era pedido ao participante que indicasse outro idoso que atendesse aos critérios de inclusão da pesquisa, bem como a disponibilização do telefone e/ou endereço para contato. Dessa forma, as próximas entrevistas foram realizadas por meio de indicações dos próprios participantes. Ao utilizar a indicação dos idosos, era possível avaliar a rede social participante dessa comunidade religiosa. Vale ressaltar ainda que os questionários foram aplicados na mesma seqüência para todos os entrevistados, sendo o primeiro a ser respondido o questionário sociodemográfico e de dados religiosos, seguido pelo SPES-R, IPSF e QCI.

Resultados e discussão

Os dados foram inseridos e analisados pelo programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 10.0. A análise estatística se deu pela exploração dos dados com análises descritivas e nas correlações foi utilizado o coeficiente de Spearman (r), sendo o valor de significância utilizado de 5% adequado para as ciências sociais. A seguir, serão descritos os dados sociodemográficos no que se refere às frequências e porcentagens (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos idosos

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Gênero		
Feminino	31	62
Estado Civil		
Casado	38	76
Viúvo	07	14
Solteiro	03	6
Separado/Desquitado/Divorciado	02	4
Aposentado		
Sim	36	72
Ocupação		
Possui ocupação	34	68
Renda Mensal		
Possui renda própria	45	76
Situação de Moradia		
Sozinho	4	8
Com companheiro (a)	18	36
Multigeracional	22	44
Multigeracional mais agregados	6	12

Na tabela 1, pode-se observar que maior parte da amostra é do sexo feminino (62%), casados (76%), aposentados (72%) e possui alguma ocupação (68%). Quase metade dos idosos (40%) possui renda mensal entre 1 a menos de 2 salários mínimos. Aqueles que declaram não ter renda própria se constituem em um número significativo, consistindo em 24% da amostra. Concernente à situação de moradia (se sozinho ou com

mais pessoas), a maior parte dos idosos (56%) declarou morar em domicílios multigeracionais, seja com duas ou três gerações ou então com companheiro(a) (36%). Além dos dados apresentados na Tabela 1, a maior parte dos idosos (38%), no que se refere à escolaridade, tem nível primário incompleto, seguido por aqueles que o completaram (26%). A seguir, encontra-se a tabela 2, que traz os dados referentes ao perfil religioso dos participantes.

Tabela 2. Perfil religioso dos participantes

Variáveis	Frequência	Porcentagem
Sempre foi católico		
Sim	50	100
Grau de satisfação com a religião		
Muito satisfeito	21	42
Satisfeito	28	56
Pouco satisfeito	1	2
Comportamento religioso com o passar dos anos		
Ficou mais religioso	28	56
Ficou menos religioso	3	6
Não mudou em relação à religiosidade	19	38

Como se observa na tabela 2, a totalidade dos idosos entrevistados declarou sempre ter pertencido à religião católica, de forma que não foi observado aqui o fenômeno do trânsito religioso (a troca de religiões), que se configura em um fato presente no perfil religioso do brasileiro (Almeida & Monteiro, 2001).

Mais da metade dos idosos (56%) afirmou ter ficado mais religiosa com o passar dos anos, enquanto 38% disseram que não mudaram em relação a religiosidade. Os dados diferem da pesquisa realizada por A. S. D. Baptista (2004) com 6961 idosos de

várias religiões na região sul do país, na qual 39,5% afirmaram terem se tornado mais religiosos e 48,9% referiram não ter mudado em relação à religiosidade. No entanto, vale destacar que os dados da autora representam a amostra geral das várias religiões estudadas em sua pesquisa, não se restringindo somente à religião católica. Da mesma forma Hintikka e cols. (2000) também afirmam que os idosos tendem a aumentar a religiosidade com o passar dos anos, uma vez que a frequência de tal prática começa a aumentar a partir dos 65 anos.

Tabela 3. Média, desvio-padrão, máximo e mínimo dos instrumentos

	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Afetivo-Consistente	35,18	5,8	16	42
Adaptação	23,58	2,4	17	26
Autonomia	14,44	2,1	6	16
IPSF-Total	73,20	8,0	43	84
SPES-R-Total	4,16	1,1	0	5
QCI-Total	17,18	2,3	11	22

Apesar do IPSF nunca ter sido aplicado em idosos a partir de 65 anos (Baptista, manual em construção), pode-se dizer que, em todas as dimensões e no total do IPSF, os participantes desta pesquisa apresentam resultados bastante parecidos com os encontrados no banco de dados de 1204 participantes do manual em construção. Os idosos

da atual amostra possuem alta pontuação na dimensão Afetivo-Consistente, o que significa que percebem a sua família próxima, afetiva, com regras consistentes, entre outras características dessa dimensão. Já em relação à Adaptação, também se observa pontuação média-alta, o que também significa uma relação baseada em afetos

positivos (acolhimento, inclusão, compreensão, dentre outros). Na dimensão Autonomia também se observaram pontuações média-alta, o que demonstra que os idosos participantes percebem-se com autonomia, privacidade e liberdade nas relações familiares. Por fim, a pontuação total do IPSF mostra que os idosos pertencentes a esse grupo percebem alto suporte familiar, de acordo com Baptista (manual em construção).

Apesar de não terem sido encontrado dados normativos do SPES-R e do QCI, observa-se, no primeiro instrumento, que a média da amostra se encontra acima do ponto de corte estabelecido por Blay, Ramos e Mari (1988). Esses resultados podem indicar a necessidade

Tabela 4. Correlações entre o IPSF, SPES-R e QCI

	r	p
Afetivo-Consistente x SPES-R	0,319	0,024*
Autonomia x SPES-R	0,377	0,007**
IPSF-Total x SPES-R	0,347	0,014*
Afetivo-Consistente x QCI-Total	0,353	0,012*
IPSF-Total x QCI-Total	0,384	0,006**

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Pode-se observar na Tabela 4 que houve correlação positiva entre as dimensões Afetivo-Consistente e Autonomia e IPSF-Total com o SPES-R, demonstrando nesses casos que quanto maior o suporte familiar percebido maior é o desconforto mental. Essa mesma relação ocorre com a dimensão Afetivo-Consistente e Total do IPSF com o QCI, demonstrando que quanto maior o suporte familiar percebido maior quantidade de crenças irracionais o idoso apresenta.

Esse resultado, ou seja, quanto maior a percepção do suporte familiar pior a saúde mental, apesar de parecer inconsistente, pode ser explicado em função da condição de saúde destes idosos, pois nessa faixa etária há um aumento de doenças crônicas, como doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, demências e doenças degenerativas, que não podem ser resolvidas rapidamente (Kalache, Veras & Ramos, 1987; Chaimowicz, 1997; Almeida, 1999; Lima-Costa, Barreto & Giatti, 2003; Ramos, 2002), então a família pode apresentar comportamentos paternalistas (não permite tomar atitudes e decisões; resolver problemas de baixa e alta complexidade), uma vez que a maioria reside com famílias multigeracionais e com o(a) companheiro(a), que por sua vez tendem a gerar maior grau de dependência (Coelho Filho & Ramos, 1999; Ramos, 2003), já que consideram que estão poupando o idoso de conseqüências negativas. Dessa

de uma avaliação mais pormenorizada a respeito da saúde mental, já que grande parte da amostra possui pontuação suficiente para rastreamento de problemas com a saúde mental.

Vale ressaltar que serão apresentados os resultados das análises de correlação que se mostraram significativos. Outro dado importante que merece atenção é de como os resultados serão interpretados por meio das correlações positivas, uma vez que, no IPSF e suas dimensões, quanto maior a pontuação maior o suporte familiar percebido. Já nos SPES-R e QCI, quanto maiores as pontuações, piores os indicativos de saúde mental e crenças irracionais.

forma, o idoso pode entender que a família é “cuidadosa”, percebendo-a como um suporte positivo e não exercitando a autonomia.

É interessante notar que, mesmo com altas pontuações no SPES-R, os idosos, ainda possuem altas pontuações no IPSF. Dessa forma, o idoso pode ter realmente uma percepção de que sua família é muito adequada ou também pode ter considerado em suas respostas como família seu grupo religioso, já que o IPSF não discrimina em suas instruções que as repostas devem ser dadas em relação à família biológica. Nesse sentido, como afirma Wolfinger & Wilcox (2008) e Marks (2006), o grupo religioso pode oferecer um excelente suporte social para seus integrantes e várias religiões pregam que esse grupo pode ser considerado como um grupo familiar. A família biológica também pode estar participando desse grupo religioso, favorecendo uma inter-relação entre esses grupos além do que, se a própria família possui os preceitos religiosos, as regras e crenças religiosas e morais serão compartilhadas nessas relações.

Já em relação ao resultado de que os idosos que apresentam maior suporte familiar percebido também apresentam maior quantidade de crenças irracionais, pode-se criar a hipótese de que ser membro ativo de uma religião signifique que utilizam estratégias de enfrentamento mais específicas e eficazes para situações

cotidianas, acionando algumas crenças para o enfrentamento de dificuldades (Goldstein e Sommerhalder, 2002), reforçando-as, já que as religiões também incentivam, na maioria das vezes, o engendramento de crenças para lidar com as dificuldades cotidianas. Então, a junção entre esses dois fatores: idoso e religião pode levar a um importante meio de adaptação ante o estresse e como um fator de proteção e enfrentamento ante seus efeitos negativos (Williams e cols., 1991).

De acordo com Goldstein e Sommerhalder (2002) e Floriano e Dalgalarondo (2007) as pessoas mais velhas acabam recorrendo à sua fé no entendimento e na superação de momentos difíceis em suas vidas, especialmente naqueles considerados não controláveis (por exemplo, aceitação de perdas), bem como proporcionar mecanismos psicológicos de enfrentamento. Ora, experiências “bem-sucedidas” de enfrentamento de condições estressoras no decorrer dos anos poderiam, por sua vez, reforçar o senso de satisfação com a prática religiosa.

Considerações finais

Observou-se na amostra pesquisada que os idosos participantes referem sempre terem sido católicos, com a religiosidade aumentando ou continuando a mesma com o passar dos anos e estando em sua maior parte satisfeitos ou muito satisfeitos com sua religião. Também se verificou que, para esse grupo, quanto maior o suporte familiar percebido maior a quantidade de crenças irracionais e maiores os indicativos de desconforto mental.

Esta pesquisa possui diversas limitações e, conseqüentemente, serão descritas sugestões para outras pesquisas vindouras. O número de participantes foi restrito, não permitindo generalizações ambiciosas, sendo assim que seria importante o aumento desse número amostral para pesquisas futuras, principalmente controlando-se as variáveis sociodemográficas para análises de comparação intra-grupo (p. ex.: escolaridade, sexo, estado civil, etc.).

Em relação à aplicação dos instrumentos, apesar de ter se tomado o cuidado na escolha dos instrumentos para a população, deve-se levar em consideração que todos eram auto-aplicativos, no entanto, em decorrência das limitações físicas da amostra, optou-se por serem aplicados em forma de entrevista. Essa amostra também pode ter sofrido, em função da idade, um desgaste ao responder todos os instrumentos, que

totalizaram mais de 75 itens/questões. Apesar dos resultados do IPSF estarem dentro das médias, ele possui dados normativos somente até os 65 anos e esta amostra chegou aos 80 anos. O SPES-R foi validado para amostras de idosos, no entanto deve-se levar em consideração que instrumentos de rastreamento com poucas questões são mais prováveis de detectar casos falso-positivos. O QCI não possui evidências de validade extensas e dados psicométricos em amostras diferenciadas, nem diversas evidências de construto e critério, o que deve ser levado em consideração.

Diante da realidade de saúde da população brasileira, é mister que estudos que enfoquem as múltiplas variáveis envolvidas nos processos de saúde e doença sejam investigadas. Nessa perspectiva, variáveis de cunho psicossocial como a religiosidade e o suporte familiar devem estar presentes nessa investigação, uma vez que a família (respeitadas suas múltiplas configurações) e a religião são aspectos integrantes do universo sociocultural do idoso brasileiro.

Além disso, sugere-se que os estudos na área abarquem e diferenciem mais especificamente a religiosidade em sua dimensão extrínseca (conjunto de comportamentos observáveis) e intrínseca (crenças e hábitos privados), com o intuito de compreender de forma mais abrangente sua implicação nas variáveis estudadas, bem como possibilitar futuras reflexões sobre as diversas possibilidades de promoção da saúde que podem ser vislumbradas ante a consideração da religiosidade e do suporte familiar como variáveis significativas e presentes nos processos de saúde e doença mental presentes no envelhecimento.

Referências

- Almeida, O. P. (1999). Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2(1), 12-128.
- Almeida, R., & Monteiro, P. (2001). *Trânsito Religioso no Brasil*. São Paulo em Perspectiva, 15(3), 92-101.
- Baptista, A. S. D. (2004). Estudo sobre as práticas religiosas e sua relação com a saúde mental de idosos: um estudo em comunidade. *Tese de Doutorado*. Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, São Paulo.
- Baptista, M. N. (2004). Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais e Cognitivas: aspectos teóricos e terapêuticos no manejo da depressão e suicídio. In M.

- N. Baptista (Org). *Suicídio e Depressão: atualizações* (pp. 161-176). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *PSICO – USF*, 10(1), 11-19.
- Baptista, M. N. (2007). Inventário de percepção de suporte familiar (IPSF): estudo componencial em duas configurações. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(3), 496-509.
- Baptista, M. N. (em construção). *Inventário de Percepção de Suporte Familiar – IPSF: manual técnico*. Laboratório de Avaliação Psicológica em Saúde Mental (LAPSAM-III) do Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco – Itatiba, SP.
- Blay, S. L., Ramos, L. R. & Mari, J. J. (1988). Validity study of the Brazilian version of the OARS mental health screening questionnaire. *Jornal American Geriatric Soc*, 36, 687-682.
- Caldas, C. P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 773-781.
- Chaimowicz, F. (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e perspectivas. *Revista de Saúde Pública*, 31(2), 184-200.
- Coelho Filho, J. M. & Ramos, L. R. (1999). Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 33(5), 445-453.
- Figueiredo, S. C. S., Mello Wagner, E. A. & Cançado, F. A. X. (2002). Saúde mental e envelhecimento. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Néri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni & S. M. Rocha. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 808-813). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Floriano, P. J. & Dalgalarrodo, P. (2007). Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 162-170.
- Goldstein, L. L., & Sommerhalder, C. (2002). Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In E.V. Freitas, L. Py, A. L. Néri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni & S. M. Rocha, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 950-956). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Guimarães, H. P. & Avezum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 88-94.
- Hintikka, J., Koskela, K., Kontula, O. & Viinamäki H. (2000). Gender Differences in Association between religious Attendance and Mental Health in Finland. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(11), 772-776.
- Kalache, A., Veras, R. P. & Ramos, L. R. (1987). Envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, 21(3), 200-210.
- Kirk, R. H. (2003). Family support: the roles of early years' Centers. *Children e Society*, 17, 85-99.
- Lega, L. L. (2002). A terapia Racional-Emotiva: uma conversa com Albert Ellis. In V. E. Caballo, *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. (pp. 425-440). São Paulo: Editora Santos.
- Lemos, N. & Medeiros, S. L. (2002). Suporte Social ao idoso dependente. In E.V. Freitas, L. Py, A. L. Néri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni & S. M. Rocha, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 892-898). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Levin, J. S. (1994). Religion and health: is there an association, is it valid, and is it casual? *Social Science Medicine*, 38(11), 1475-1482.
- Lima-Costa, M. F., Barreto, S. M., & Giatti, L. (2003). Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3), 735-743.
- Maia, L. C., Durante, A. M. G. & Ramos, L. R. (2004). Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 38(5), 650-656.
- Marks, L. (2006). Religion and Family Relational Healthy: na overview and conceptual model. *Journal of Religion and Healthy*, 45(4), 603-608.
- Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F. & Koenig, H. G. (2006). **Religiousness and Mental health: a review**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 38(3), 242-250.
- Newmark, C. S., Frerking, R. A., Cook, L. & Newmark, L. (1973). Endorsement of Elli's irrational beliefs as a function of psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 29, 300-302.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. S. & Fleck, M. P. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 105-115.
- Peres, J. F. P., Simão, M. J. P., Nasello, A. G. (2007). Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 136-145.
- Peres, M. F. P., Arantes, A. C. L. Q., Lessa, P. S. & Caous, C. A. (2007). A importância da integração da

- espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 82-87.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patient. *Journal of American Geriatric Society*, 23, 433-440.
- Porto, M. (2002). A Política Nacional do Idoso: um Brasil para todas as idades. SBPC/ Labjor.
- Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 793-798.
- Ramos, L. R. (2002). Epidemiologia do Envelhecimento. In E.V. Freitas, L. Py, A. L. Néri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni & S. M. Rocha *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (pp. 72-78). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Ramos, M. P. (2003). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 4(7), 156-175.
- Uchino, B. N., Uno, D. & Holt-Lunstad, J. (1999). Social Support, Physiological Processes, and Health. *Current Directions in Psychological Science*, 8(5), 145-148.
- Yoshida, E. M. P. & Colugnati, F. A. B. (2002). Questionário de Crenças Irracionais e Escala de Crenças Irracionais: Propriedades Psicométricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 437-445.
- Williams, D. R., Larson, D. B., Buckler, R. E., Heckmann, R. C. & Pyle, C. M. (1991). Religion and psychological distress in a community sample. *Social Science Medicine*, 32(11), 1257-1262.
- Wolfinger, N. H. & Wilcox, W. B. (2008). Happily Ever After? Religion, Marital Status, Gender and Relationship Quality in Urban Families. *Social Forces*, 86(3), 1311-1337.

Recebido em maio de 2008
Reformulado em setembro de 2008
Aprovado em novembro de 2008

Sobre os autores

Adriana Said Daher Baptista é psicóloga, doutora pelo Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina (EPM). Docente do Centro Universitário Hermínio Ometto (UNIARARAS).

Saulo Tadeu Valiero das Neves é psicólogo da Rede Pública de Araras.

Makilim Nunes Baptista é psicólogo, doutor pelo Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Escola Paulista de Medicina (EPM), docente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco (USF) - Itatiba/SP; Bolsista produtividade CNPq.