



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**BEM-ESTAR ESPIRITUAL E FELICIDADE
EM PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos

Por

Margarida Pereira da Silva

Lisboa, 2018



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

**BEM-ESTAR ESPIRITUAL E FELICIDADE
EM PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS**

Spiritual well-being and happiness in institutionalized elderly

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos

Por

Margarida Pereira da Silva

Sob a orientação da Prof.^ª Doutora Sílvia Caldeira
e do Prof. Doutor Manuel Luís Capelas

Lisboa, 2018

SÍSIFO

Recomeça...
Se puderes,
Sem angústia e sem pressa.
E os passos que deres,
Nesse caminho duro
Do futuro,
Dá-os em liberdade.
Enquanto não alcances
Não descanses.
De nenhum fruto queiras só metade.

E, nunca saciado,
Vai colhendo
Ilusões sucessivas no pomar.
Sempre a sonhar
E vendo,
Acordado,
O logro da aventura.
És homem, não te esqueças!
Só é tua a loucura
Onde, com lucidez, te reconheças.

Miguel Torga, Diário XIII

*À minha mãe, Bernardina
Ao meu pai, Ilídio*

*Não podemos dirigir os ventos, mas podemos ajustar as velas.
Confúcio*

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional é inquestionável. Os cuidados de saúde melhoraram, as pessoas vivem mais tempo e a institucionalização dos idosos tornou-se uma realidade. Os cuidados paliativos, focando-se nas necessidades da pessoa, visam a qualidade de vida através da promoção da dignidade e da prevenção e alívio de todos os tipos de sofrimento. Perante a finitude da vida, oportunidade privilegiada de questionamento interior, importa conhecer a realidade e saber se os idosos institucionalizados encontram significado e propósito na sua vida (bem-estar espiritual) e se se sentem felizes (felicidade subjetiva).

Objetivos: Avaliar o bem-estar espiritual e a felicidade subjetiva de pessoas idosas institucionalizadas e analisar a sua relação.

Material e métodos: Estudo observacional e transversal, realizado num lar de idosos da cidade de Lisboa com cerca de 100 residentes. A amostra foi constituída por 49 pessoas com mais de 65 anos, sem alterações cognitivas impeditivas da sua participação, avaliadas através do *Mini-Mental State Examination*. Os participantes completaram o Questionário de Bem-Estar Espiritual (SWBQp) e a Escala de Felicidade Subjetiva de Lyubomirsky e Lepper. Os dados foram analisados utilizando o SPSS 24®.

Resultados: Os idosos da amostra apresentam um nível médio-elevado de bem-estar espiritual (BEE) e uma felicidade subjetiva mediana. A variável BEE apresenta uma correlação positiva moderada com todas as suas dimensões – pessoal, comunitária, ambiental e transcendental – e com a felicidade subjetiva. O BEE global, pessoal e comunitário apresenta uma correlação moderada positiva com a felicidade subjetiva e o BEE ambiental uma correlação baixa positiva. A idade apresenta uma correlação negativa baixa com as duas variáveis.

Conclusões: Os idosos institucionalizados apresentam felicidade e BEE medianos, os quais parecem correlacionar-se positivamente. Atendendo à missão dos cuidados paliativos, os enfermeiros, na equipa, devem implementar intervenções individualizadas que melhorem o bem-estar espiritual e a felicidade dos idosos.

Palavras-chave: Bem-estar espiritual; Felicidade subjetiva; Cuidados Paliativos; Idosos;

ABSTRACT

Introduction: Population aging is undeniable. Health care has improved, people live longer and the institutionalization of the elderly has become a reality. Palliative care, focusing on people needs, aim at the quality of life through the promotion of dignity and prevention and relief of all kinds of suffering. Facing the finitude of life, a privileged opportunity for interior questioning, it is important to know the reality and to know if the institutionalized elderly find a meaning and a purpose in their lives (spiritual well-being) and if they are happy (subjective happiness).

Objectives: Evaluate the spiritual well-being and the subjective happiness of institutionalized people and analyze their relation.

Materials and methods: Observational and cross-sectional study, conducted in a nursing home in Lisbon with about 100 residents. The sample consisted of 49 people over 65 years old, without cognitive changes that might be impairment for the participation in the study, evaluated through the Mini-Mental State Examination. The participants completed the Spiritual Well-being Questionnaire (SWBQ) and the Lyubomirsky and Lepper Subjective Scale of Happiness. The data were analyzed using the SPSS 24®.

Results: Participants scored medium-high level of spiritual well-being (SWB) and a medium subjective happiness. The SWB variable presents a moderate positive correlation with all its dimensions – personal, community, environmental and transcendental – and with the subjective happiness. The global, personal and community SWB presents a moderate positive correlation with the subjective happiness; and the environmental SWB presents a low positive correlation. Age presents a low positive correlation with the two variables.

Conclusions: The institutionalized elderly present medium happiness and SWB, which seems to correlate positively. Bearing in mind the palliative care mission, the nurses in the team should implement individualized interventions that improve the elderly spiritual well-being and happiness.

Keywords: Spiritual well-being; Subjective happiness; Palliative care; Elderly

AGRADECIMENTOS

A presente investigação só foi possível graças a inúmeras contribuições, científicas e afetivas, que não posso deixar de agradecer:

À Prof^a Doutora Sílvia Caldeira, pela sua exigência e rigor científico, mas sobretudo pelo seu olhar sempre atento, compreensivo e terno.

Ao Prof. Doutor Manuel Luís Capelas, por todo o conhecimento, pela pronta disponibilidade e muita paciência.

A ambos agradeço por terem aceitado orientar esta dissertação. Acredito que todos imaginássemos que este percurso seria bem mais célere, mas a sua demora só permitiu evidenciar ainda mais a disponibilidade, a abertura e a compreensão que sempre manifestaram. As palavras de incentivo e o apoio incondicional nunca faltaram e foram de uma importância fulcral. É garantidamente mais fácil escrever sobre humanização de cuidados, quando somos cuidados com tanta humanidade.

Aos idosos, que partilharam as suas vidas e vivências, indispensáveis para a realização desta dissertação, agradeço a disponibilidade, o carinho e o incentivo. A todos os idosos que me concederam a oportunidade e o privilégio de os cuidar, em algum momento das suas vidas, agradeço a generosidade com que o fizeram e o muito que me ensinaram.

Aos amigos, aos muitos amigos, a quem poderei ter faltado com a minha presença e disponibilidade, agradeço a amizade, a paciência e a oração. A vossa presença constante e compreensiva é indispensável à manutenção dos meus elevados níveis de felicidade e bem-estar espiritual. E só vos poderei agradecer com a minha própria amizade!

Aos meus pais, que me concederam a vida e que tão sabiamente me educaram, agradeço tudo! À minha família, núcleo duro, que os ajudou neste desafiante processo, agradeço igualmente. O orgulho que sentem por mim às vezes desconcerta-me, porque apenas sou aquilo que vi e aprendi com cada um de vós. A persistência e superação do meu pai, a energia e dedicação da minha mãe, a autenticidade e o muito amor de toda a família estão espelhados em cada folha deste trabalho e na minha vida em geral.

A Deus dou graças pelo dom da Vida, pelo Seu infinito Amor e pela presença de tantas e tão generosas pessoas na minha vida!

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
-------------------	----------

PARTE I – REVISÃO DE LITERATURA

1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	5
1.1. O IMPACTO DO ENVELHECIMENTO NA SAÚDE	6
1.2. CUIDADOS PALIATIVOS GERIÁTRICOS	7
2. ESPIRITUALIDADE	11
2.1. PERCURSO HISTÓRICO DA ESPIRITUALIDADE EM SAÚDE	12
2.2. ENFERMEIRO COMO PRESTADOR DE CUIDADO ESPIRITUAL	13
2.2.1. NECESSIDADES ESPIRITUAIS EM SAÚDE	14
2.2.2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO ESPIRITUAL	15
2.2.3. OBSTÁCULOS E FACILITADORES DO CUIDADO ESPIRITUAL	17
2.3. BEM-ESTAR ESPIRITUAL	19
2.4. ESPIRITUALIDADE NOS IDOSOS	21
3. FELICIDADE	23
3.1. DEFINIÇÕES DE FELICIDADE	24
3.2. TEORIAS SOBRE FELICIDADE – O INTERESSE CIENTÍFICO	26
3.3. INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA SOBRE FELICIDADE	28
3.4. MENSURAÇÃO DA FELICIDADE	29
3.5. A FELICIDADE NOS IDOSOS	31

PARTE II - MATERIAIS E MÉTODOS

4. JUSTIFICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS	35
5. METODOLOGIA	37
5.1. TIPO DE ESTUDO	37
5.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	37
5.3. VARIÁVEIS EM ESTUDO	38
5.4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	40
5.5. PROCESSAMENTO DE DADOS	41
5.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS	41
5.7. ORÇAMENTO	42

PARTE III - RESULTADOS

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	45
6.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	45
6.2. BEM-ESTAR ESPIRITUAL	51
6.3. FELICIDADE SUBJETIVA	53
6.4. BEM-ESTAR ESPIRITUAL E FELICIDADE SUBJETIVA	54
7. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	55
CONCLUSÃO	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

APÊNDICES

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO

ANEXOS

ANEXO I – MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

ANEXO II – VERSÃO PORTUGUESA DO QUESTIONÁRIO DE BEM-ESTAR ESPIRITUAL (SWBQP) E A
AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA A SUA UTILIZAÇÃO

ANEXO III – ESCALA DE FELICIDADE SUBJECTIVA DE LYUBOMIRSKY E LEPPER E AUTORIZAÇÃO
DO AUTOR PARA A SUA UTILIZAÇÃO

ANEXO IV – CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO DE RESIDÊNCIA DOS PARTICIPANTES

ANEXO V – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Faixa-etária e género (n=49)	46
Tabela 2 – Habilitações literárias (n=49)	47
Tabela 3 – Principal motivo de entrada no lar (n=45)	48
Tabela 4 – Hábitos de oração e género (n=49)	50
Tabela 5 – SWBQp: global e por subescalas	51
Tabela 6 – Felicidade subjetiva e género (n=49)	53
Tabela 7 – Matriz de inter-correlações das dimensões do SWBQp e da felicidade subjetiva	54

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Estado civil (n=49)	46
Gráfico 2 – Tempo de institucionalização (em anos)	49
Gráfico 3 – Caracterização da amostra quanto à idade de entrada no lar (em anos)	50
Gráfico 4 – SWBQp: global e por subescalas	52
Gráfico 5 – População residente em Portugal Continental, segundo grupos etários (1960-2011)	55

LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

amplIQ – Amplitude do intervalo interquartil

BEE – Bem-estar espiritual

BES – Bem-estar subjetivo

DGS – Direção-Geral da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

s – Desvio-padrão

Séc. – Século

SECPAL – Sociedad Española de Cuidados Paliativos

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SWBQ – Spiritual Well-Being Questionnaire

SWBQ-G – Versão alemã do Spiritual Well-Being Questionnaire

SWBQp – Versão portuguesa do Spiritual Well-Being Questionnaire

INTRODUÇÃO

Com o aumento da esperança média de vida, aumentaram as necessidades de cuidados de enfermagem em diferentes contextos¹ e tornou-se imperativo promover a saúde, o bem-estar espiritual e a felicidade dos idosos.^{2,3} Neste contexto também surgiram os cuidados paliativos, fruto da necessidade de repensar o cuidado às pessoas com doença crónica, grave e/ou incurável.⁴

Os cuidados paliativos focam o seu objetivo na melhoria da qualidade de vida da unidade doente/família, prevenindo e aliviando o sofrimento através da identificação precoce, avaliação e tratamento dos problemas não só físicos, mas também psicossociais e espirituais.⁴ Focam-se nas necessidades do doente e da família, promovendo a sua dignidade até ao fim.^{4,5} Os pilares da sua intervenção são o controlo sintomático, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa.⁶

Com o aproximar da finitude, as necessidades espirituais intensificam-se e surgem questões pessoais sobre o sentido, o propósito e o valor da própria existência.^{7,8} Em contexto de institucionalização em lar de idosos, com uma distância física (e, por vezes, afetiva) da família e das pessoas significativas, a vivência deste processo pode ser dificultada.⁹ Porém, prevê-se e deseja-se que a busca incessante pela felicidade seja transversal a todo o ciclo vital e não perca importância no final da vida.¹⁰

A importância da espiritualidade em saúde é reconhecida por associações nacionais e internacionais de enfermagem,¹¹ demonstrada pela evidência científica^{12,13} e incorporada na definição de cuidados paliativos da Organização Mundial de Saúde (OMS).⁴ É um direito do doente^{14,15} e um dever do enfermeiro.¹⁶ Mesmo coexistindo com a doença e a finitude da vida, o bem-estar espiritual (BEE) conduz à saúde espiritual e ao alívio do sofrimento.¹⁷

O BEE está relacionado com uma melhor saúde física e mental, com o aumento da qualidade de vida,^{11,18-27} da esperança, da gratidão,¹⁸ da resiliência e da resistência ao *stress* provocado pelas doenças.²⁸ Aumenta o sentimento de pertença, de dignidade, de paz e a certeza de acompanhamento até ao fim. Está associado a menores índices de desespero, ideação suicida, desejo de morte prematura, desesperança,²⁰ depressão e ansiedade^{11,20,21,25,28} e até com níveis superiores de tolerância à dor.^{11,19,25}

Os benefícios da felicidade abrangem diferentes domínios da vida e têm um impacto significativo na vida das pessoas. A felicidade potencia habilidades e competências, aumenta a capacidade de concentração, criatividade, resiliência e protege da depressão, da ansiedade e de outras perturbações.²⁹⁻³³

Apesar do aumento do interesse e da investigação científica nestas áreas de elevada importância na vida das pessoas – bem-estar espiritual e felicidade – os estudos que englobam estas duas realidades são raros e não incluem a população idosa.^{2,10} Vislumbra-se assim uma área inovadora e relevante de desenvolvimento de conhecimento que esperamos poder transferir para a prática clínica. A OMS também reforça que, independentemente do contexto, as pessoas idosas continuam a ter aspirações de bem-estar³⁴ e necessidade de encontrar felicidade no presente.³⁵

Da análise reflexiva do problema surge a seguinte questão de investigação:

– Existe relação entre o bem-estar espiritual e a felicidade em pessoas idosas institucionalizadas?

Perante esta realidade, propomo-nos conhecer os níveis de bem-estar espiritual e de felicidade subjetiva, bem como a relação existente entre ambos, como forma de incremento à melhoria dos cuidados de enfermagem, que se preveem holísticos e abrangentes de todas as áreas da vivência humana.

O objetivo geral deste estudo é “analisar a relação entre o bem-estar espiritual e a felicidade subjetiva das pessoas idosas institucionalizadas” e os objetivos específicos consistem em: avaliar o bem-estar espiritual e a felicidade subjetiva das pessoas idosas institucionalizadas; e analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, o bem-estar espiritual e a felicidade subjetiva das pessoas idosas institucionalizadas.

Estruturalmente, o trabalho encontra-se dividido em três partes. Na primeira, com base na revisão bibliográfica, foi realizado um enquadramento teórico do estado da arte, com contextualização e fundamentação da pesquisa; na segunda, foi realizado o estudo metodológico e apresentados os materiais e métodos utilizados; na terceira parte, foram apresentados e discutidos os resultados, formuladas as conclusões e apresentadas sugestões para estudos futuros.

Na presente dissertação serão utilizadas as normas de referenciação bibliográfica de Vancouver (*superscript*) e a redação será de acordo com o Novo Acordo Ortográfico.

PARTE I – REVISÃO DE LITERATURA

1. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O aumento da esperança média de vida é indubitavelmente uma das maiores conquistas do século XX.^{36,37} Com o avanço tecnológico, a descoberta da antibioterapia e a melhoria das condições de vida,^{37,38} as mortes infantis e juvenis diminuíram, decresceram as mortes por doenças infecciosas^{4,37,39,40} e aumentou o número de doenças crónicas^{4,41} e não transmissíveis.^{37,39,40} A par destas alterações, verificou-se um aumento da população idosa^{5,41} e, como consequência, a sociedade depara-se hoje com uma das maiores mudanças da história da saúde pública: um envelhecimento demográfico crescente.^{36,38,40,42} Sendo atualmente descrito como irreversível a nível mundial, não se preveem alterações nas próximas décadas, sobretudo nos países desenvolvidos,³⁸ onde a população com mais de 65 anos foi a que mais rapidamente cresceu.^{36,40}

Os dados deste duplo envelhecimento demográfico são inequívocos. Verifica-se um aumento do topo da pirâmide demográfica e um estreitamento da sua base, decorrentes do aumento do número de idosos e da diminuição do número de jovens,⁴³ justificados pela diminuição da fecundidade e mortalidade,^{36,37,40,42} o aumento da longevidade³⁶⁻³⁸ e os saldos migratórios.³⁶

Em Portugal, os dados condizem com a realidade internacional. A esperança de vida aumentou e, atualmente, à nascença é de 83,4 anos para as mulheres e de 77,7 anos para os homens. Sendo que a esperança de vida aos 65 anos^a é, respetivamente, 20,8 anos e 17,6 anos [dados de 2016]. Nos últimos censos nacionais, em 2011, a população total aumentou, bem como a população idosa, que atualmente representa cerca de um quinto da população portuguesa. A faixa etária com mais de 75 anos, de todas, foi a que teve um aumento mais acentuado^{43,44} – envelhecimento da população idosa. Ainda em corroboração com o panorama internacional,⁴⁵ verificou-se um aumento dos índices de longevidade^b, de envelhecimento^c e de dependência dos idosos^d.^{43,44,46}

^a Número médio de anos que um indivíduo, ao atingir os 65 anos, pode esperar ainda viver, se submetido, até ao final da sua vida, às taxas de mortalidade observadas no momento de referência.

^b O índice de longevidade é o número de pessoas com 75 e mais anos por cada 100 pessoas com 65 e mais anos. Quanto mais alto é o índice, mais envelhecida é a população idosa.

^c O índice de envelhecimento é o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos. Um valor inferior a 100 significa haver menos idosos do que jovens.

^d O índice de dependência de idosos é o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas em idade ativa, ou seja, com 15 a 64 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos idosos do que pessoas em idade ativa.

1.1. O impacto do envelhecimento na saúde

A idade cronológica, embora comumente utilizada como delimitadora dos grandes grupos etários e do início da velhice,⁴⁷ por si só não é um bom critério definidor de envelhecimento.⁴⁵ Diferentes teóricos defendem a existência de uma idade biológica, psicológica, social,⁴⁸ pessoal e até funcional,⁴² que pode coincidir ou não com o número de anos vividos. Neste estudo adotaremos a definição do Instituto Nacional de Estatística (INE) e consideraremos idosa a pessoa com 65 ou mais anos de idade,⁴⁹ definição igualmente aceite pela maioria dos países desenvolvidos por coincidir com a sua transição para a reforma.⁴⁷

A velhice, inscrita no ciclo biológico natural do ser humano – nascimento, crescimento e morte – tende a ser erradamente pensada como homogénea.^{45,50} A evidência científica reforça que a heterogeneidade interindividual distingue as pessoas, à medida que envelhecem.^{45,48,51-53} Cada indivíduo envelhece de forma única e as alterações derivadas do envelhecimento desenvolvem-se a ritmos diferentes, dependendo de fatores externos e internos.⁵⁴

O envelhecimento tem sido amplamente estudado em diferentes áreas do conhecimento, existindo diversas teorias – biológicas, psicológicas, sociais^{52,54} e filosóficas.⁵⁵ Porém, a definição do início do processo de envelhecimento está longe de ser consensual entre os autores, pelo que apenas destacaremos que a Direção-Geral da Saúde (DGS), no Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, define o envelhecimento como um “processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos, que iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida”.^{56(p.3)}

A Organização Mundial de Saúde (OMS), através da Comissão Regional para a Europa, definiu como um dos objetivos o aumento da esperança média de vida,⁵⁷ mas alerta que apesar de frequentemente assumido que o aumento da longevidade é acompanhado por um longo período de saúde, as evidências são escassas.⁵² Pois, ainda que envelhecimento não seja sinónimo de doença, existe uma diminuição da capacidade do organismo se adaptar às situações.⁵⁸

Diferentes fontes afirmam que a população idosa é a mais suscetível à morte⁵⁹ e ao aparecimento de doenças crónicas^{36,41,46,52} e que as suas necessidades de saúde tendem

a tornar-se mais complexas.⁵² Prevê-se, inclusive, que o número de idosos com múltiplas doenças crónicas aumente cerca de 1/3 entre 2000 e 2030.⁶⁰

A mudança epidemiológica verificada,⁵⁸ tanto na morbilidade como na mortalidade da população geriátrica,^{44,45} evidencia o aumento das comorbilidades e multipatologias/sintomatologias^{5,44} e o surgimento de um novo padrão de doença, com prevalência de síndromes como a demência.^{41,61}

Segundo dados de 2016, excetuando o décimo lugar, o “top 10” das causas de morte em Portugal são as doenças crónicas e/ou incuráveis.⁶² Verificando-se, na generalidade dos países estudados, um aumento do número de mortes por Alzheimer, Parkinson e outras demências,⁶² uma tendência que se tem mantido nos últimos anos.⁶²

Quando multiplicada a realidade individual pelo acentuado envelhecimento demográfico, rapidamente se evidenciam novos desafios para a sociedade⁴⁶ e despertam novas necessidades em saúde³⁹⁻⁴¹ para as quais urge organizar respostas adequadas.^{5,56,57}

Perante este aumento da necessidade de cuidados nas etapas finais da vida dos idosos,^{4,40,62} a OMS adverte que, apesar da frequente cronicidade das patologias, a sua saúde não tem de ser precária⁵² e identifica os cuidados paliativos como uma prioridade para a saúde pública.^{5,41}

1.2. Cuidados paliativos geriátricos

É neste contexto, e numa sociedade em que a cultura dominante considera a cura da doença o objetivo *major* dos cuidados de saúde, encarando a incurabilidade e a inevitabilidade da morte como um possível fracasso da medicina,⁶³ que surgem os cuidados paliativos, fruto da necessidade de repensar o cuidado aos doentes crónicos, graves e/ou incuráveis.⁴

Os cuidados paliativos focam o seu objetivo na melhoria da qualidade de vida da unidade doente/família, prevenindo e aliviando o sofrimento através da identificação precoce, avaliação e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, mas também psicossociais e espirituais.⁴ Afirmam a vida e consideram a agonia um processo natural, não pretendendo nem prolongar a vida, nem acelerar a morte.^{41,64} Focam-se nas necessidades do doente e da família, mais do que no diagnóstico ou prognóstico,^{4,5}

promovendo a sua dignidade até ao fim. Os pilares da sua intervenção são o controlo sintomático, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa.⁶

Apesar dos cuidados paliativos geriátricos partilharem a ótica do cuidar e valorizarem os mesmos princípios e objetivos dos outros grupos etários, os doentes idosos têm peculiaridades e necessidades específicas.^{58,61} Têm, ainda, uma proximidade de cuidados com a medicina geriátrica pela perspetiva holística do cuidar, a ênfase na otimização da qualidade de vida e da funcionalidade.⁶⁴

As doenças nos idosos tendem a uma apresentação mais atípica. É frequente a acumulação de doenças crónicas, de diferentes naturezas e duração,^{38,41} cada uma com características e trajetórias próprias.^{4,61} Verificam-se alterações fisiológicas associadas à idade,^{41,61} existe maior probabilidade de polimedicação e de interação medicamentosa,^{5,61} de efeitos farmacológicos secundários mesmo com dosagens mais baixas, de aumento do tempo de morbidade e de falência multi-orgânica.⁴ Os problemas de (aparente) menor importância tendem a causar um grande impacto psicológico nas pessoas idosas e as doenças agudas de que podem padecer acrescentam mais problemas ao impedimento físico ou mental, às dificuldades económicas e ao isolamento social.⁴¹

Noutra vertente, com a progressão da doença, alguns doentes veem a sua mobilidade e independência comprometidas, necessitando de cuidados adequados,⁶¹ que devem ser integrados o mais precocemente possível. Não é necessário nem desejável esperar pela fase terminal para promover este *continuum* de cuidados.^{4,5} Até porque as trajetórias das doenças tendem a ser mais lentas, longas e graduais, o que dificulta o prognóstico e a recusa da futilidade terapêutica.⁵⁸

O idoso e a família, habituados à cronicidade das doenças, dificilmente têm a mesma perceção da gravidade e da sua evolução clínica.⁵⁸ Segundo a *Sociedad Española de Cuidados Paliativos* (SECPAL), os sintomas mais frequentes nos idosos são a anorexia e a astenia. Por sua vez, os doentes identificam a dor, a dispneia e a dependência como os sintomas mais importantes e temidos. Mas para os cuidadores, a confusão e a incontinência revelam-se os sintomas mais stressantes.⁵⁸

Importa ainda salientar que a proximidade com a morte é um evento íntimo da vivência pessoal do doente (e da família), emocional e fisicamente exigente e que nem todas as pessoas requerem os mesmos cuidados nos seus últimos dias de vida. Deve

avaliar-se rigorosamente a necessidade de controlo sintomático, mas também a necessidade de conforto espiritual e de companhia.⁶⁵ A comunicação – também com a família – é fundamental para garantir o apoio necessário e adequado às necessidades de cada um.⁴

As necessidades dos familiares e/ou cuidadores dos idosos também diferem da generalidade. Até há alguns anos, o cuidado dos mais idosos era uma missão quase exclusivamente familiar. As recentes alterações demográficas e sociais, intensificadas pela entrada da mulher no mercado de trabalho, além de acentuarem o envelhecimento da população, conduziram a profundas alterações nas dinâmicas e estruturas familiares.⁴⁵ Tais mudanças na forma de vida das famílias influem e podem ampliar a vulnerabilidade dos idosos.⁴¹ Frequentemente, os seus cuidadores informais são os filhos, que já têm a sua própria família, trabalho e condições de saúde, e veem-se na responsabilidade de cuidar dos idosos. É nesta etapa que começa a ser ponderada a transferência do seu cuidado para o estado ou para instituições privadas, com internamentos a tempo parcial ou de longa duração (institucionalização).⁹

A decisão de institucionalização, por parte da família, pode ser complexa.^{9,53} Perante a pressão social e os deveres de assistência, solidariedade e reciprocidade, eleva-se a incapacidade material e/ou emocional da família para cuidar do idoso até à morte.⁹

As alterações dos papéis e posições sociais/familiares dos idosos podem incluir a necessidade de lidar com perdas de pessoas e de relações próximas.⁵² E a nível familiar, podem ver o seu papel valorizado e sentirem-se realizados ou, por sua vez, sentirem-se desvalorizados e destituídos do seu papel social e familiar.⁵⁴

O ambiente institucional também tem uma importância marcada no acolhimento e integração do idoso.⁹ O espaço deve promover a privacidade, convidar à interação social e, sempre que possível, estimular a autonomia e as memórias positivas com os amigos e a família.⁶⁶

A OMS relembra que, independentemente do contexto, as pessoas mais velhas continuam a ter aspirações de bem-estar³⁴ e desafia os governos a criarem apoios familiares para o cuidado dos doentes em fim de vida – à semelhança dos apoios à parentalidade.⁴ Também o artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU) afirma que toda a pessoa tem direito a um nível de vida que assegure o acesso à saúde e ao bem-estar.⁶⁷

A OMS propõe ainda, como objetivo para a Europa, a redução das desigualdades na saúde e a melhoria do bem-estar da população.⁵⁷ A nível nacional, a DGS destaca a necessidade de maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas dos idosos, como um dos pilares fundamentais do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.⁵⁶

Perante a atual crise económica e o acentuado envelhecimento demográfico, cresce a preocupação com o aumento insustentável dos custos na saúde.⁵² Mas está estudado que o investimento em cuidados paliativos permite um melhor controlo sintomático, com conseqüente melhoria da qualidade de vida dos idosos, diminui o número de idas à urgência, de hospitalizações e de mortalidade hospitalar.⁴⁵ Perante este argumento economicista, a OMS propõe que os gastos não sejam vistos como um custo, mas como um investimento na qualidade de vida dos mais velhos e sirvam para consciencializar a sociedade para as obrigações relacionadas com os direitos fundamentais dos idosos,⁵² porque bons cuidados no fim da vida são um direito humano básico.⁶⁷

2. ESPIRITUALIDADE

Com a expansão do cuidar a uma visão multidimensional e holística do ser humano, com especial enfoque para o alívio do sofrimento, a espiritualidade em contexto de saúde conheceu uma importância fulcral.⁶⁸

Embora, atualmente, a sua definição seja bastante complexa e tenha diferentes interpretações, é largamente aceite como intrínseca e transversal a toda a realidade existencial e entendida como a essência do ser humano.^{1,3,8,12,69-74} Influencia e é influenciada pelas outras dimensões da vida humana – biopsicossociais – e não pode ser entendida isoladamente.^{72,75}

O conceito espiritualidade deriva do termo latino *spiritus*, que significa sopro de vida^{76,77} e caracteriza-se por um cariz dinâmico, universal, bidirecional, individual e consequentemente subjetivo.⁷⁴⁻⁷⁶ A sua componente bidirecional permite que possa desenvolver-se em dois sentidos/momentos de transcendência: horizontal (ou de autotranscendência) pela procura de sentido e harmonia, enquanto seres em relação com os outros e a natureza; e vertical (ou de transcendência com um ser superior) pela procura de bem-estar junto a Deus ou a uma entidade superior.^{72,75}

Comum e erradamente confundidas, importa atentar que, embora se relacionem, espiritualidade e religiosidade não são conceitos sinónimos. A religiosidade refere-se a um grupo ou sistema de crenças que envolve o sobrenatural, o sagrado ou o divino e é constituída por pessoas que partilham as mesmas crenças, tradições, rituais, práticas e/ou valores. É caracterizada pelos seus limites. A espiritualidade, por sua vez, abarca necessidades humanas universais e existe para além de qualquer religião, podendo incluir ou não crenças religiosas específicas. É caracterizada pela dificuldade na definição dos seus limites.^{1,8,11,20,69,72-77}

A espiritualidade vai além do visível. Como o espírito humano é simultaneamente interioridade – pela reflexão sobre as questões mais íntimas da vida – e exterioridade – pela partilha da sua existência com os outros, a espiritualidade pode ser desenvolvida e cultivada de diferentes formas, como a arte, a música, as relações, a contemplação da vida e da natureza, entre muitas outras, que variam entre indivíduos e ao longo da vida.⁷⁵ Estas vivências são influenciadas pelas crenças, cultura e valores pessoais e têm diferentes níveis de profundidade e intensidade.^{11,27,69,72,73,75,77}

2.1. Percurso histórico da espiritualidade em saúde

Desde a década de 90, verifica-se um aumento do interesse e da produção científica sobre espiritualidade em saúde.^{7,12,13,25,72,78} Porém, a espiritualidade encontra-se ligada aos cuidados de saúde, desde a génese dos mesmos, quando o cuidado de cariz familiar se transformou e começou a ser realizado por ordens religiosas.⁷⁵ Aliás, os primeiros hospitais ocidentais foram construídos por grupos religiosos no séc. IV.⁷⁸

A própria história da enfermagem está mergulhada num contexto espiritual. Desde os tempos antigos até ao início da enfermagem moderna, quando, no final do séc. XIX, Florence Nightingale desenvolveu o conceito de cuidado holístico que vê o doente na sua globalidade e defende que as necessidades espirituais são tão importantes como as físicas ou emocionais, devendo ser atendidas com o mesmo rigor.^{69,75,79}

Porém, na segunda metade do século XX, com o incremento científico e tecnológico, surge a sensação de ausência de limites e o desafio de vencer a finitude e eternizar a vida. A saúde reduz-se à dimensão física e psicossocial e o doente é reduzido à sua patologia. Há uma objetivação da pessoa e cuidar resume-se a tratar e curar a doença. O modelo biomédico ganha destaque e a sua cientificidade é tão mais autêntica, quanto mais objetivos são os argumentos e mais evidente é o seu afastamento das explicações de índole espiritual. A eliminação desta vertente parecia ser um atributo desejável para que a medicina e a enfermagem mantivessem o reconhecimento científico-profissional.^{75,79}

É com a integração da bioética nos cuidados de saúde, já no final do século XX, que se verifica um regresso às origens concepcionais do cuidar e uma crescente humanização de cuidados, recentralização do doente e respeito pela sua dignidade e individualidade.^{75,80,81} Concomitantemente, a OMS declina a definição de saúde como ausência de doença e expande o conceito de saúde para um completo bem-estar multidimensional.⁷⁵

Atualmente, embora o conceito cuidado espiritual não conste explicitamente na definição de saúde da OMS,⁸² está presente na sua definição de cuidados paliativos,⁸³ na conceção holística do cuidar em enfermagem e contemplado quer no Código Deontológico da profissão,¹⁶ quer na “Carta dos direitos e deveres dos doentes” da Direção-Geral da Saúde.¹⁴

2.2. Enfermeiro como prestador de cuidado espiritual

Cuidar é uma forma existencial de estar no mundo em relação com os outros, intrínseca à nossa condição humana.⁸⁴ Desde o meio uterino, a vida humana só se mantém porque é cuidada. Cuidamos e sempre fomos cuidados por alguém.⁷⁵

As situações mais críticas da vida, que suscitam a possibilidade de morte e confrontam a pessoa com a sua finitude, são das que mais se revestem de uma natureza espiritual.⁷⁵ Como tal, a espiritualidade é frequentemente usada como recurso para enfrentar momentos de crise e problemas de saúde/doença e é, conseqüentemente, uma das componentes do cuidado em enfermagem.^{12,13,73,75}

A importância da espiritualidade em saúde é reconhecida por associações nacionais e internacionais de enfermagem, pela *Palliative Care Consensus Conference*, pela *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*,¹¹ demonstrada pela evidência científica^{12,13} e incorporada na definição de cuidados paliativos da OMS.⁴ É um direito do doente^{14,15} e um dever do enfermeiro,¹⁶ que por ser cuidador em contínuo, tem uma oportunidade privilegiada de relação e de conhecimento da pessoa, das suas necessidades e apelos mais profundos, do seu percurso vivencial e da forma como a doença interfere no sentido que dá à vida.^{68,75-77,85,86}

Existem evidências que algumas decisões sobre o processo de saúde/doença e sobre as abordagens terapêuticas ou de cuidado podem ser influenciadas por crenças espirituais ou religiosas. É essencial que o enfermeiro explore as crenças de fé e de saúde do doente, bem como os rituais, práticas e observâncias que devem ser acautelados por poderem afetar a sua saúde ou o seu tratamento.⁷³

Para prestar cuidados espirituais, é importante que o enfermeiro compreenda o conceito espiritualidade, a sua influência no quotidiano do indivíduo e que esta pode incorporar significados, conexões e até algum comportamento físico, como práticas religiosas. O enfermeiro deve estar atento ao que dá significado, felicidade ou é importante para a pessoa.^{3,8,69,73,75}

O cuidado espiritual consiste assim na prática de reconhecer, acolher e dar espaço ao diálogo interior daquele que sofre,^{23,77} para o ajudar a manter o sentido da vida.^{75,87} O enfermeiro, ao afirmar que cuida da pessoa de forma holística, está a admitir, pelo menos conceptualmente, o cuidado espiritual.⁷⁵ Por outras palavras, a afirmar a

realização de uma avaliação cuidada e atenta das necessidades espirituais manifestadas ou percebidas pela sua observação, a elaboração de diagnósticos de natureza espiritual, que precedem a planificação, implementação e avaliação de intervenções autónomas e interdependentes adequadas à realidade identificada.^{2,12,22,68,75,76} Uma vez incluída a avaliação espiritual nos registos de enfermagem, existe uma declaração subjacente de compromisso em providenciar assistência espiritual devidamente documentada.⁸⁸

Numa revisão da divulgação científica em Portugal, verificou-se que a espiritualidade era definida em duas vertentes: como dimensão humana da pessoa e como dimensão do cuidar, mas que continuava a ser esquecida na prática dos cuidados de enfermagem.¹²

Assim como a espiritualidade, também o sofrimento é intrínseco à nossa condição humana. Podemos sofrer física, mental, emocional e até espiritualmente. O sofrimento espiritual pode existir por desconexão connosco próprios, com os outros, com Deus ou com uma entidade superior.⁷⁷

No entanto, a não intervenção espiritual perante a identificação de sintomas de sofrimento pode exacerbá-lo^{68,73} e dar origem a um sofrimento iatrogénico provocado pela negligência dos profissionais.⁷⁷ Posto isto, é indiscutível a existência de uma obrigação ética de prestar assistência espiritual.^{7,12}

2.2.1. Necessidades espirituais em saúde

Desde Nightingale que a enfermagem cuida da pessoa como um todo e atende às suas necessidades físicas, psicológicas, emocionais, sociais e espirituais, numa visão holística do cuidar.^{68,75}

Perante a abundância de necessidades espirituais e a dificuldade em identificá-las, alguns estudos dedicaram-se ao seu agrupamento e classificação.^{25,77,88,89} Destacamos aqui o trabalho da SECPAL que as agrupou em necessidades: a) de ser reconhecido como pessoa; b) de ler a sua vida; c) de encontrar sentido para a existência e o futuro - procura de sentido; d) de perdoar-se e libertar-se da culpa; e) de reconciliação, de sentir-se perdoado; f) de estabelecer a sua vida mais além de si mesmo; g) de continuidade; h) de autêntica esperança, sem falsas ilusões; i) de expressar sentimentos e vivências religiosas; j) de amar e ser amado.⁷⁷

Na prática, os doentes dificilmente verbalizam as suas necessidades de forma evidente e com clareza. Frequentemente, expressam-nas através de objetos religiosos, do desejo de celebrar uma época espiritual especial ou através de questões existenciais sobre a vida/morte, entre outros exemplos.⁸⁸

Dada a unicidade pessoal e vivencial de cada pessoa, é impossível conhecer-se todas as especificidades culturais, religiosas e espirituais.^{2,8,69,76,90} Porém, se os enfermeiros encararem apenas a vertente religiosa da espiritualidade, não reconhecerão as necessidades espirituais de agnósticos e ateus, que também as têm e que frequentemente são desvalorizadas.^{2,27,75} Por outro lado, estes enfermeiros tendem a delegar o atendimento das necessidades espirituais aos ministros das confissões religiosas, privando ou negando o seu papel interventivo.⁷⁵

A lei portuguesa relativa à assistência espiritual⁹¹ não é clara quanto ao papel dos enfermeiros no cuidado espiritual e refere-se apenas à assistência religiosa, podendo intuir-se que os capelães serão os seus únicos provedores.¹⁹

Os serviços de capelania nas instituições de saúde têm um papel importante de apoio e cuidado espiritual e são um recurso valioso no atendimento às necessidades espirituais dos doentes. Porém, não deve ser usado como motivo para os profissionais de saúde negligenciarem esta área do cuidar.⁹² O enfermeiro deve ser perspicaz para entender quando as necessidades espirituais estão além do seu cuidado e reencaminhar para o profissional mais capacitado, que até poderá ser o ministro da confissão religiosa,^{12,19,69,73,88} mas deve, igualmente, desenvolver as suas competências.¹⁹

2.2.2. Intervenções de enfermagem no cuidado espiritual

Em enfermagem, a espiritualidade, para além de uma componente do cuidado holístico, é um recurso para os doentes ultrapassarem momentos de crise. Esta atitude de cuidar desenvolve-se através de intervenções refletidas e planeadas, usando o raciocínio clínico e o processo de enfermagem, com o objetivo de promover a qualidade de vida do doente, o seu bem-estar espiritual e facilitar o encontro de um sentido para a sua vida.^{68,75,87,93,94}

O envolvimento da espiritualidade nos cuidados de enfermagem requer, assim, uma confluência de duas abordagens: o cuidado espiritual e o cuidar espiritualmente.⁶⁹

O enfermeiro presta cuidados de enfermagem espiritualmente, através de uma relação caracterizada pela arte de estar presente, de escutar, respeitar e apoiar os valores, crenças e conexões importantes da pessoa. Não se baseia somente no fazer, mas promove a partilha de aspetos íntimos da vida humana.^{69,75,86,87} Até mesmo os atos mais técnicos devem ser realizados com uma atitude que reconhece e respeita a pessoa.⁶⁹

Independentemente dos antecedentes religiosos dos doentes, a vontade de discutir questões de saúde espiritual pode depender das qualidades dos profissionais: abertura; disponibilidade; acolhimento e aceitação incondicional; relação de ajuda; bondade; reverência; sensibilidade; empatia; toque terapêutico; escuta ativa; partilha adequada de si; reconhecimento e respeito pelas visões espirituais; não julgar; atitudes em relação à saúde espiritual.^{3,7,27,69,87,93}

É importante estar atento ao que é visível e invisível, dito e não dito, tendo atenção à realidade e à presença de sintomas espirituais como: medos, vazios, culpas, faltas de confiança, nervosismo, tristeza, desânimo, ansiedade, hipersensibilidade, isolamento social, dependência, revolta, entre muitos outros.^{27,68} O cuidador deve, ainda, aproveitar os pontos espirituais fortes do doente – como Deus, a religião, a fé, as crenças, a família, a abertura ao transcendente, a relação com a natureza, entre outros – explorando-os para uma melhor recuperação espiritual.^{68,75}

Algumas intervenções envolvem 'fazer', como orar, ouvir, solicitar a presença de um capelão e fornecer leituras, enquanto outras envolvem 'ser' e relacionar-se usando habilidades ou características pessoais, numa relação empática e de confiança.⁹³

Quanto às intervenções a realizar, com técnica e humanização, método e objetivos concretos, são sempre planeadas segundo o respetivo diagnóstico de enfermagem. Destacamos algumas das muitas intervenções possíveis: narrativa e revisão de vida; explorar recursos internos e externos; facilitar a resolução de conflitos, o perdão, a perda e o luto; facilitar e encorajar a expressão de sentimentos e vivências religiosas, de sacramentos, ritos, orações e bênçãos; escuta ativa, suporte emocional e expressão emocional; permitir o compartilhamento de si mesmo; reconhecimento da família e da sua importância na vida do doente; encorajar o uso da meditação, de imaginação guiada, música, leitura, poesia e arte; promover a autoestima, a atividade, o exercício, o relaxamento e o humor; silêncio terapêutico; gestão da esperança, reformulando metas

a curto prazo; encaminhar para outros profissionais especializados; oração pós-morte, entre outras.^{11,27,68,73,87,89,93}

Apesar de muitos profissionais afirmarem que indiretamente providenciam cuidados espirituais através da escuta ativa, está estudado e os autores afirmam que, embora uma parte significativa dos cuidados de enfermagem englobem intervenções que interferem no cuidado espiritual, o enfermeiro ao executá-las não imprime intencionalidade terapêutica e não as reconhece como tal. É esta consciencialização e responsabilização que permite ao enfermeiro uma gestão mais eficiente do tempo disponível para, ao cuidar do doente, prestar cuidados espirituais simultaneamente.^{7,69}

Em 2009, uma conferência de consenso, intitulada *Improving the Spiritual Domain of Palliative Care*, desenvolveu um modelo de cuidado espiritual interprofissional com recomendações sobre como atender às necessidades espirituais, englobando também idosos, cuja premissa básica consiste no envolvimento de todos os profissionais.⁹⁴

Para fornecer cuidados espirituais eficazes, os enfermeiros precisam de sensibilidade e autoconsciência,⁷³ pois, quanto mais confortáveis com a sua própria espiritualidade, mais propensos a prestar cuidados de enfermagem espiritualmente.⁶⁹

Winslow e Wehtje-Winslow forneceram cinco diretrizes éticas que permitem respeitar as preferências dos doentes e manter a integridade dos profissionais de saúde: compreender as necessidades, recursos e referências espirituais dos doentes; respeitar os seus desejos, as suas crenças e solicitações; respeitar as diferentes crenças e práticas espirituais; procurar desenvolver a sua autoconsciência e aprofundar conhecimentos e habilidades; prestar cuidado espiritual de acordo com a integridade profissional.⁹⁵

2.2.3. Obstáculos e facilitadores do cuidado espiritual

Os estudos indicam que os doentes desejam ver a sua espiritualidade abordada no contexto clínico e integrada no seu plano de cuidados, porém as necessidades espirituais ainda recebem uma deficiente atenção por parte dos profissionais.^{12,23,92}

Algumas das razões apresentadas para a desatenção atual incluem, a nível pessoal e profissional: a falta de confiança, de competência e de formação; o excesso de trabalho; a sobrecarga e a escassez de profissionais; a preocupação em gastar tempo e energia adicionais; a dificuldade de traçar objetivos e de comunicar eficazmente e em privado

com o doente e a família, entre outros. Os profissionais sentem-se inseguros para abordar questões espirituais e têm receio que estas sejam confundidas com religião, que causem desconforto ou que ultrapassem os limites éticos.^{3,7,8,12,22,23,72,73,76,96,97} A falta de formação também é relatada num estudo recente, realizado em Portugal, com 546 enfermeiros, onde 16,7% dos participantes afirmam não ter adquirido competências para a prestar cuidado espiritual ao longo do seu percurso formativo.⁸⁶

Como obstáculos também são referenciadas as questões institucionais, de linguagem, de cultura e de religião. Os profissionais sentem dificuldade em avaliar, planear e documentar convenientemente. Outros acreditam que as questões espirituais são menos relevantes e não influenciam a vida dos doentes. A limitada evidência empírica, a subjetividade do conceito e a falta de políticas de orientação que integrem a espiritualidade no modelo médico, também servem de justificativa.^{3,7,8,12,22,23,72,76,96,97}

A nível organizacional, encontram-se dificuldades associadas a diferentes restrições, ao estabelecimento de prioridades, à escassez de recursos e à imprevisibilidade da morte e da duração dos internamentos.⁸⁹ Apesar das orientações internacionais, alguns autores questionam a metodologia dos estudos e alegam o desconhecimento dos efeitos exatos da espiritualidade e da religião na saúde e no bem-estar espiritual.²

Acredita-se que, se a missão, a visão e os valores da organização incentivarem o cuidado espiritual através de formação contínua, de estudos piloto, de comunicação e de suporte, a sua implementação na prática clínica aumentará.⁸⁹

São numerosos os estudos que exploram os obstáculos existentes na prestação de cuidado espiritual de uma forma global, mas nem sempre a visão do profissional e do doente coincidem. Em estudos que descriminaram as suas opiniões, os doentes identificam como principais barreiras as faltas: de tempo; de um ambiente físico e relacional promotores de privacidade e confiança; de conhecimentos; de treino e de disponibilidade dos profissionais; bem como a falta de continuidade dos cuidados.^{7,8}

Porém, nem tudo são dificuldades. Na generalidade dos casos, os fatores identificados como obstáculos ao cuidado espiritual também são assinalados como facilitadores. O exemplo mais gritante é o fator tempo que, quando é escasso, torna-se um dos maiores e mais frequentes obstáculos, mas, quando existe disponibilidade de tempo e de cuidado, converte-se no elemento facilitador por excelência, ao possibilitar um relação de confiança e uma abertura propícia ao cuidado espiritual.^{3,8,23,96}

Disponibilidade de tempo, meio ambiente propício e acolhedor, formação, treino e disponibilidade do profissional são assinalados, pelos doentes, como facilitadores.^{3,8,23} Por sua vez, os profissionais destacam a vocação, a experiência, a consciencialização, a reflexão sobre a sua própria espiritualidade, o tempo e o apoio da equipa como facilitadores e impulsionadores do cuidado espiritual. A formação e o treino também criam confiança e motivação nos profissionais^{3,8,23,86,88,96} e evitam o sentimento de impotência perante os casos de sofrimento espiritual.^{3,8,23}

Estudos também revelam que os profissionais consideram que a atenção à espiritualidade facilita a conexão com os doentes, melhora os cuidados centrados na pessoa, aumenta o senso de satisfação no trabalho, diminui as taxas de *burnout* e promove o bem-estar espiritual dos doentes e dos seus familiares.⁸⁹

2.3. Bem-estar espiritual

O bem-estar espiritual (BEE), enquanto conceito, emergiu da introdução da espiritualidade na saúde.⁹⁸ É caracterizado por um estado dinâmico, uma harmonia interna gerada pela qualidade das relações que o indivíduo estabelece consigo, com os outros, a arte, a natureza ou algo que transcende o domínio humano, um ser superior ou Deus.^{74,79,98-100}

O BEE está relacionado com uma melhor saúde física e mental, com o aumento da qualidade de vida,^{11,13,18-27} da esperança, da gratidão,¹⁸ da resiliência e da resistência ao *stress* provocado pelas doenças.²⁸ Aumenta o sentimento de pertença, de dignidade, de paz e a certeza de acompanhamento até ao fim. Está associado a menores índices de desespero, ideação suicida, desejo de morte prematura, desesperança,²⁰ depressão e ansiedade^{11,20,21,25,28} e até com níveis de tolerância à dor superiores.^{11,19,25}

Também definido como a busca transcendente de significado, não deve ser confundido com o bem-estar físico. O BEE pode coexistir com a doença, uma vez que é a busca constante e a ligação com Deus ou o transcendente e com os outros que conduz à saúde espiritual e ao alívio do sofrimento.^{13,17}

Uma pessoa com níveis de BEE superiores tende a ser mais otimista, a ter maior autoestima e maior funcionalidade. Tem maior facilidade em atribuir significado ao sofrimento e possivelmente terá maior suporte espiritual e social.¹¹

No entanto, importa ressaltar que a espiritualidade isolada não é necessariamente um fator positivo, visto que as pessoas podem usar mais ou menos *coping* espiritual.¹¹ Em contrapartida, as crenças espirituais e religiosas negativas podem causar angústia e aumentar os encargos da doença.^{24,94} Estudos indicam que a espiritualidade do doente afeta tanto as decisões sobre o cuidado de saúde, como os resultados do mesmo.⁹⁴

Existem diversas ferramentas formais de avaliação espiritual para ajudar a identificar necessidades espirituais e determinar se o doente está a sofrer de angústia espiritual.⁸⁸ Em Portugal, estão validados quatro instrumentos para o contexto de cuidados paliativos.¹⁹ Porém, em algumas circunstâncias, pode ser mais apropriado avaliar a espiritualidade informalmente, recorrendo a perguntas abertas sobre as crenças e as necessidades espirituais,⁸⁸ através da relação de ajuda.⁶⁸

Herrera defende que o BEE pode ser avaliado medindo as perceções da pessoa relativas à dimensão transversal ou existencial (consigo e com os outros) e à dimensão vertical ou religiosa (com Deus ou um ser superior).⁹⁹ Também Fisher, na sua definição abrangente de BEE, identifica 4 sistemas de relação: dimensão pessoal, comunitária, ambiental e transcendental, sendo que o BEE geral ou global é o somatório do efeito combinado do BEE em cada domínio. Este modelo apresenta uma visão abrangente que engloba todas as conceções espirituais, desde as fortemente religiosas às ateias.^{74,100}

A multidimensionalidade do constructo BEE e a sua perspetiva relacional são aspetos transversais à maioria dos autores.^{74,79,98-100}

Neste trabalho, usaremos o Questionário de Bem-Estar Espiritual (SWBQ – *Spiritual Well-Being Questionnaire*), na sua versão portuguesa (SWBQp), amplamente testado e utilizado para medir o bem-estar espiritual nos seus quatro domínios: pessoal, comunitário, ambiental e transcendental.^{88,98,100,101}

O domínio pessoal refere-se ao modo como cada pessoa se relaciona consigo própria e engloba o significado, o propósito da vida e os valores pessoais. Baseia-se no autoconhecimento e pode expressar-se como alegria, realização, paz, paciência, liberdade, identidade, integridade ou autoestima. O domínio comunitário abrange a qualidade e profundidade das relações interpessoais, entre o eu e os outros. Inclui a moralidade, a cultura e a religião enquanto sistema de crenças que estabelece relações horizontais e expressa-se através do amor, da justiça, do perdão, da esperança e da fé na humanidade. O domínio ambiental compreende a relação com a natureza e abarca o

cuidado do mundo físico e biológico, incluindo o senso de reverência, admiração ou união com o meio ambiente/criação. O domínio transcendental lida com o relacionamento do eu com algo ou alguém além do nível humano, como uma força cósmica, uma realidade transcendente ou Deus, e envolve a fé e a adoração. A religião, na sua vertente relacional vertical, ou seja, com Deus, surge neste domínio.^{74,100}

A manifestação da espiritualidade por meios comportamentais pode também ocorrer através das interações com os outros e da prática religiosa. No entanto, nem todas as interações ou práticas religiosas são necessariamente espirituais, somente quando o comportamento é positivamente significativo.⁶⁹ O desenvolvimento de relacionamentos positivos, independentemente do domínio, potencia a saúde espiritual.^{69,74}

2.4. Espiritualidade nos idosos

Espiritualidade e velhice são duas áreas do conhecimento que, durante muito tempo, estiveram longe do interesse da comunidade científica. A primeira, por ser vista como uma contrariedade à racionalidade da própria ciência; a segunda, por ser apenas a última fase da vida. Recentemente, a OMS reconheceu a importância de ambas.¹⁰²

O desenvolvimento espiritual ocorre ao longo de toda a vida, ainda que não seja proporcional à idade cronológica.^{23,75} Com a proximidade do fim da vida, aumentam as perguntas e a procura de significado^{7,8} e, de todas as dimensões, a espiritual é a que evidencia maior potencial de crescimento.^{79,85} Surgem necessidades espirituais que, se forem elaboradas de forma efetiva, ajudarão a encontrar significado, aceitação e esperança.⁷⁷ Pois se, na idade adulta, a família frequentemente satisfaz a necessidade de um propósito; na velhice, Deus poderá ser a única fonte de amor e de sentido.⁷⁵

Ser idoso não é uma doença, mas implica muitas mudanças.¹⁰³ A consciência da finitude, acentuada pela perda de amigos e família e pelo aparecimento ou agravamento de algumas patologias, pode intensificar a procura pelo significado da sua existência^{21,23,75,77,85} e conduzir a uma prática religiosa ou espiritual mais regular, em busca do conforto da fé ou de uma doutrina de vida que permita encontrar sentido e paz.⁷⁵ A dimensão espiritual não só eleva o sentido da pessoa no respeito pela globalidade, como também fortalece nos momentos de fragilidade, como a doença.⁷⁵

A vivência da espiritualidade é bastante heterogênea, mas a sua importância e inclusão nos cuidados de saúde tem evidenciado ganhos no bem-estar dos doentes, nomeadamente dos idosos.^{76,79,102} A investigação revela que a espiritualidade é fonte de esperança e auxílio na adaptação à doença,⁷⁹ ajuda a minimizar o sentimento de solidão e de desespero, potencia o sentido de pertença, de suporte e a manutenção de relações com Deus, com os outros e consigo.⁸⁵ Ajuda, ainda, a suportar limitações, dificuldades e perdas inerentes ao processo de envelhecimento.^{76,102}

Desde a antiguidade, a doença e o sofrimento são catalisadores de transformações espirituais.¹⁰⁴ O sofrimento espiritual, nesta etapa da vida, é frequentemente demonstrado por sentimentos de ausência de significado/propósito, paz ou fé; um aumento de sentimentos de raiva e culpa; *coping* ineficaz; uma dor profunda por estar separado de Deus; entre outros.⁸⁵ Este sofrimento pode ser potenciado por diversos fatores, considerados de risco: alteração da rede de suporte social e familiar; condições que afetam a capacidade de praticar a espiritualidade/religiosidade; impedimento cognitivo; depressão;⁸⁵ sofrimento emocional ou interpessoal;⁷⁹ perda de autonomia, diminuição da autoestima, desânimo e percepção da perda da integridade.¹⁰⁵ O objetivo do cuidado espiritual a idosos (doentes ou saudáveis) é o suporte e incremento da qualidade de vida e a prevenção e alívio do sofrimento espiritual.⁸⁵

Com o aumento da esperança média de vida, tornou-se imperativo promover a saúde e o BEE dos idosos, através de uma espiritualidade positiva,^{2,3} por se ter consciência que não é tanto o diagnóstico médico que estabelece os níveis de BEE, mas os níveis de resiliência e as habilidades para transcender as perdas.²

O caminho espiritual dos idosos deve ser explorado através de perguntas abertas, com uma linguagem adequada ao contexto, às crenças e aos valores. Incentivar a narração de histórias e promover o uso de autoconceitos positivos, também é muito importante, sobretudo se for percebido como um privilégio para o ouvinte. A arte de ouvir e o respeito pela história do doente permite identificar os fatores promotores da esperança e identificar as relações potenciadoras da sua espiritualidade.³

Porém, apesar do aumento significativo da evidência científica, existem poucos estudos sobre a espiritualidade nos idosos e sobre a sua perspectiva de cuidado espiritual em contexto de saúde.^{2,13} É claramente superior o número de estudos que privilegiam a visão dos enfermeiros e dos profissionais de saúde em geral.²

3. FELICIDADE

Há milénios que se reflete sobre o conceito e a importância da felicidade.^{106,107} Até ao advento da filosofia socrática, em diferentes séculos e contextos, imperava uma conceção religiosa, acreditando-se que a felicidade dependia dos desígnios dos deuses.¹⁰⁷

Recorrendo ao pensamento filosófico da Grécia Antiga, verificamos que Demócrito, um dos mais antigos pensadores sobre felicidade, defendia que a pessoa era feliz não pelas suas posses, mas pelo modo como reagia às circunstâncias da vida. Com o surgimento da perspectiva eudemónica de Sócrates, Platão e Aristóteles, a busca da felicidade passa a ser responsabilidade de cada indivíduo e baseia-se no maior número de bens.¹⁰⁸ Mais tarde, Aristóteles acrescenta que todos os objetivos da humanidade são meios para sermos mais felizes.¹⁰⁷ Pelo contrário, para os hedonistas como Aristipo, a felicidade era a soma dos prazeres momentâneos de forma desenfreada. Os epicuristas, procurando maximizar os prazeres, desenvolveram uma forma mais moderada de hedonismo. Posteriormente, os estóicos defenderam a felicidade como a minimização das dores e os utilitaristas descreveram-na como presença de prazer e ausência de dor.^{108,109}

Já em meados do século XVIII, com o iluminismo, a busca da felicidade surgiu no mundo ocidental como um direito de todo o ser humano, aparecendo inclusivamente, na Declaração de Independência dos Estados Unidos da América, em pé de igualdade com o direito à vida e à liberdade.¹⁰⁷

Na Constituição da República Portuguesa, embora não se leia o termo felicidade, está escrito que a promoção do bem-estar e da qualidade de vida do povo é uma das tarefas fundamentais do Estado.¹¹⁰ Ou seja, em Portugal, estes conceitos surgem numa posição similar ao da felicidade na Declaração da Independência Americana. Ainda na mesma alínea da nossa Constituição, podem ler-se, numa perspectiva eudemónica, elementos que contribuem para o bem-estar e qualidade de vida, como a efetivação dos direitos económicos, sociais e culturais.¹¹¹

As teorias sobre felicidade são antigas, mas o interesse da comunidade científica tem aumentado nas últimas décadas, sobretudo na área da psicologia. Com o fim da II Guerra Mundial, um movimento apelidado de Psicologia Positiva afastou-se do tradicional

estudo da doença mental e das emoções negativas e começou a explorar os aspetos positivos da vida, incluindo a felicidade e o bem-estar.¹¹² Sabe-se hoje que o impacto positivo da felicidade beneficia tanto os indivíduos, como as famílias, as comunidades e as sociedades em geral, tornando-se até num interesse político.³¹

A busca pelo bem-estar é hoje, mais do que nunca, unanimemente aceite como um desejo comum ao Homem, tendo-se tornado um objetivo pessoal e coletivo das sociedades ocidentais.^{106,109} Em 2011, a Assembleia Geral das Nações Unidas convidou os Estados Membros a elaborarem novas medidas que reflitam a importância da busca da felicidade e do bem-estar no desenvolvimento das populações, com vista a orientarem as suas políticas públicas,¹¹³ e em 2012 declarou o dia 20 de março como o Dia Internacional da Felicidade.¹¹⁴

3.1. Definições de felicidade

A felicidade é uma das dimensões mais significativas da experiência humana e da vida emocional,¹¹⁵ despertando, desde a Grécia Antiga, o interesse de filósofos, políticos, novelistas, psicólogos.¹⁰⁶ A sua história é cultural e filosoficamente tão diversa que provavelmente não existe uma definição universal aplicável a todas as pessoas ou circunstâncias.^{31,109}

Etimologicamente, a palavra felicidade deriva do termo latino “*felicitas, felicitatis*” e pode ser traduzida como contentamento, bem-estar, sorte ou boa fortuna.¹¹⁶ Para Veenhoven, o conceito felicidade pode ser usado de várias formas – no sentido mais amplo, tratando-se de um termo “guarda-chuva”, abrange tudo o que é bom e é usado indistintamente como bem-estar; pode ainda ser definido como o grau em que uma pessoa avalia positivamente a qualidade geral da sua própria vida como um todo, o quanto gosta da vida que vive.^{117,118}

A verdade é que o termo felicidade pertence ao léxico coloquial do senso comum e é usado frequentemente no quotidiano em diferentes contextos. Todos compreendemos o seu significado, ainda que a sua definição possa ser imprecisa e diversificada. Este aspeto torna o estudo científico ainda mais complexo.¹⁰⁸

A multiplicidade de significados aplica-se tanto à linguagem popular como à linguagem académica, dividindo os investigadores entre a adoção de termos mais

específicos, como bem-estar subjetivo e a manutenção das raízes históricas e populares, através do uso do termo felicidade.¹⁰⁸

Felicidade pode então definir-se como bem-estar subjetivo (BES), através de uma avaliação pessoal, subjetiva, global, cognitiva e afetiva da vida das pessoas.^{119,120} O BES é um conceito amplo, atualmente definido como sendo constituído pelas componentes: cognitiva e afetiva. A componente cognitiva, também designada por satisfação com a vida, refere-se à forma como a pessoa avalia globalmente a sua existência, enquanto a componente afetiva, onde se insere a noção de felicidade, refere-se às reações emocionais positivas ou negativas, face à avaliação que a pessoa faz da sua vida. Essas avaliações incluem reações emocionais a eventos, bem como julgamentos cognitivos de satisfação e realização implicados na avaliação subjetiva da existência pessoal, ou seja, naquilo que as pessoas pensam e sentem sobre as suas vidas.^{10,115,119,121,122}

Partindo de uma concepção de felicidade de natureza intrínseca, a Psicologia Positiva, embora não negue a influência de eventos externos, trabalha com o conceito de bem-estar subjetivo baseando-se na avaliação que a pessoa faz da sua própria vida: em termos cognitivos, através da satisfação com a mesma e em termos das suas relações emocionais positivas e negativas (aspeto afetivo). Uma pessoa feliz relatará elevada satisfação com a vida, frequente afeto positivo e afeto negativo pouco frequente.^{10,115,119,121,122}

Diener propõe-nos uma visão holística da perceção geral da felicidade composta por três componentes: a satisfação com a vida (avaliação cognitiva), o afeto positivo e o afeto negativo (avaliação emocional).¹²³ Seligman também definiu felicidade com base em três componentes: experimentar prazer na vida (emoção positiva), envolver-se em atividades da vida e encontrar um propósito para a própria vida, sendo que os últimos dois componentes parecem ter uma maior influência.^{112,124} Lyubomirsky e Lepper usam o termo “felicidade subjetiva” (“*subjective happiness*”) para afirmar que a pessoa é feliz ou infeliz, segundo a avaliação subjetiva que faz sobre a sua própria vida, baseada nos autorrelatos e no que diz sentir.¹⁰⁶ Salientando que o facto da felicidade autorreferida ser subjetiva não significa que não esteja relacionada a variáveis “objetivas”.¹¹⁵

Dada a subjetividade do conceito felicidade, determinar uma definição consensual torna-se uma tarefa complexa³¹ e não é um dos objetivos deste estudo. Por isso, ao longo deste trabalho, definiremos felicidade como é mais frequentemente definida na

literatura científica, isto é, em termos de afeto positivo frequente, satisfação de vida elevada e afeto negativo infrequente.¹¹⁵

Esclarecendo que a expressão “emoções positivas” refere-se às emoções que favorecem a aproximação e a convivência com o outro, enquanto as “emoções negativas” significam o oposto.³⁰

Por a felicidade ser um constructo semelhante ao bem-estar subjetivo,^{10,106,108,111} usaremos ambos os constructos, para efeito deste estudo, como sinónimos. Conscientes que alguns autores discordam desta associação.^{121,125}

3.2. Teorias sobre felicidade – o interesse científico

Há várias décadas que os investigadores formulam teorias sobre felicidade.^{10,119,120} Tradicionalmente, os teóricos distinguiram o bem-estar hedónico, associado à busca do prazer, do bem-estar eudemónico, que visa a procura de objetivos significativos e de um propósito de vida. No entanto, a investigação atual sugere que esta distinção não se refira a dois tipos diferentes de felicidade, mas a duas formas diferentes de a alcançar.¹⁰

Um elevado número de investigações tem contribuído para a compreensão científica dos caminhos para alcançar a felicidade, que podem ser categorizados genericamente em três grupos: teorias de satisfação de necessidades e objetivos, teorias de processo ou atividade e teorias de predisposição genética e de personalidade.¹²¹

A primeira postula que a busca de metas adequadas e a satisfação de necessidades humanas fundamentais resultarão em felicidade. Neste grupo engloba-se, por exemplo, a teoria da autodeterminação que sustenta que os seres humanos têm necessidades básicas de autonomia, competência e relação. Uma segunda abordagem consiste em estudar como os genes e os traços de personalidade se relacionam com os níveis de felicidade da pessoa.¹²⁰ Por fim, as teorias de processos e atividades enfatizam o potencial para melhorar o bem-estar, através do envolvimento em atividades.^{115,126}

Sabe-se que as condições de vida exercem influência no bem-estar, no entanto, tal influência não é suficiente para encontrarmos uma relação direta entre felicidade e variáveis como a prosperidade, com base em estudos realizados com vencedores de lotarias.¹²¹ O BES parece ser mais fortemente influenciado por disposições de personalidade estáveis, como defendem as teorias de predisposição genética e de

personalidade que afirmam que uma das razões para a estabilidade e consistência da felicidade é a existência de uma componente genética substancial. Embora existam influências ambientais, os genes parecem influenciar as respostas emocionais características às circunstâncias de vida.^{120,121}

Seligman, com o objectivo de explicar a felicidade humana, propôs a seguinte fórmula: $H=S+C+V$, onde H (*happiness*) corresponde ao nível de felicidade constante, S (*set range*) aos limites estabelecidos aos quais o sujeito está submetido, C (*circumstances*) às circunstâncias da vida e V (*voluntary*) aos fatores que estão sob o controlo voluntário do indivíduo. Com esta fórmula, percebe-se que a visão da Psicologia Positiva abrange os três grupos teóricos citados ao reconhecer a influência do atingimento de objetivos e suprimento de necessidades, da realização de determinadas atividades, sem negar a mediação genética na experiência do bem-estar subjectivo.¹¹²

Fredrickson, através da teoria *broaden-and-build*,¹²⁷ propõe que a predominância de emoções positivas promove características adaptativas no indivíduo. Ao expandirem a atenção e o pensamento, as emoções positivas proporcionam perspectivas mais vastas que contribuem para a descoberta e a construção de recursos cognitivos, psicológicos, sociais e físicos. Estes recursos pessoais tendem a aumentar e a manterem-se estáveis ao longo do tempo, o que possibilita que os indivíduos tenham maior probabilidade de aproveitar oportunidades, de serem mais saudáveis, realizados e felizes.^{30,128,129}

De acordo com o modelo de adaptação hedónica, proposto por Diener *et al.*,¹³⁰ alguns acontecimentos parecem afetar o nível de felicidade, mas este impacto é aparentemente temporário. Passado o efeito provocado inicialmente, o nível de BES tende a reajustar-se a um nível basal (*set point*) de felicidade. Sugerem ainda que o foco da investigação devia incidir no estudo dos fatores responsáveis pelas alterações nos níveis de BES, de longa duração ou de carácter permanente.¹³⁰

Lyubomirsky *et al.*¹¹⁵ sugerem, através do Modelo de Felicidade, que é possível aumentar os níveis de felicidade crónica através de atividades intencionais. Os autores apresentam três determinantes, com impactos diferentes: o *set point* (50%), definido geneticamente e assumido como fixo, não sofrendo influência ou controlo externos; as circunstâncias de vida (10%) e as atividades intencionais (40%). Defendem ainda que o aumento da felicidade pode ser um objetivo científico digno, sobretudo, se as necessidades físicas e de segurança, estiverem asseguradas.¹¹⁵

3.3. Investigação científica sobre felicidade

Nos últimos anos, a investigação científica sobre felicidade cresceu significativamente e em diferentes áreas.^{31,106,112,123} Na década de 80-90, numerosas teorias foram propostas na tentativa de identificar as causas da felicidade e estabelecer relação entre diferentes variáveis e o BES.¹⁰⁶

As extensas investigações evoluíram do uso da teoria *bottom-up* que preconiza que é pela soma do bem-estar em diferentes domínios específicos que se desenvolve um sentimento global de BES, para a teoria *top-down* que defende que os indivíduos têm uma predisposição para interpretar positiva ou negativamente as experiências da vida.¹¹⁹ Ou seja, se as primeiras procuram perceber os fatores externos/situacionais e demográficos na variabilidade da felicidade, as segundas procuram perceber a influência dos fatores internos ao indivíduo.¹²⁰

Atualmente, verifica-se uma tentativa de compreensão da felicidade, não a partir do que acontece e que é exterior ao indivíduo, mas do modo como ele interpreta e vive, subjetivamente, os acontecimentos.^{31,123} Na realidade, a integração dessas duas teorias é essencial para fornecer um retrato mais abrangente da felicidade.²⁹

Embora a maioria dos estudos tenha examinado como determinadas variáveis objetivas influenciam o bem-estar, quase um século de investigação sugere que as circunstâncias objetivas, as variáveis demográficas e os eventos da vida apresentam uma correlação com a felicidade menos forte do que se pensava.¹⁰⁶

Diversos autores têm defendido que a felicidade pode aumentar a capacidade de concentração, criatividade e resiliência, neutralizando o possível dano provocado pelas emoções negativas no nosso corpo e protegendo-nos da depressão, da ansiedade e de outras perturbações.²⁹ Que pessoas mais felizes têm casamentos mais estáveis, sistemas imunológicos mais fortes, maiores rendimentos e ideias mais criativas do que os seus pares. Além disso, estudos demonstram que essa felicidade não é apenas uma correlação ou consequência, mas uma causa.³²

A evidência empírica sugere que a felicidade desempenha um papel causal na adoção de comportamentos relacionados ao sucesso e na obtenção do mesmo, sugerindo que o afeto positivo frequente torna os indivíduos mais propensos a construir recursos intelectuais, sociais, físicos e psicológicos que potenciam o sucesso.³⁰⁻³² Este ciclo torna

as pessoas mais seguras, criativas, produtivas, sociáveis e ativas, com comportamentos mais saudáveis e pró-sociais.³³ A qualidade das relações sociais e de amizade, assim como o apoio da família, também desempenham um papel importante e são comumente considerados como fonte primária de felicidade.³²

A felicidade não só nos faz sentir bem, como é boa.³² Pessoas que apresentam emoções positivas mais frequentes, apresentam melhores resultados cardiovasculares.¹²⁸ O BES também está associado a um aumento da longevidade¹¹⁸ e à proteção de morbilidades e incapacidades,¹³¹ talvez por estar associada a uma maior adoção de comportamentos mais saudáveis.¹¹⁸

Apesar das evidências sugerirem que as diferenças individuais no bem-estar são fortemente influenciadas pela genética, os investigadores teorizaram que a felicidade das pessoas também está sob o seu controlo.¹¹⁵ Um estudo longitudinal com cerca de quatro mil gémeos, todos com mais de 70 anos de idade, refere que o bem-estar subjetivo está associado ao aumento da longevidade e é independente dos fatores familiares, dos genes e do ambiente compartilhado.¹³²

Porém, numa revisão de literatura sobre o efeito da felicidade na longevidade, verificou-se que esta não prevê a longevidade em populações já doentes. Acredita-se antes que tenha um efeito preventivo e não curativo.¹¹⁸

Perante a evidência da influência da felicidade em diferentes áreas da saúde, Veenhoven sugere que os serviços e as políticas de saúde pública apostem em programas que promovam e potenciem a felicidade.¹¹⁸ Mas alerta que existem estudos que relatam tempos de sobrevivência inferiores em doentes oncológicos mais felizes. A verdade é que a crença no efeito protetor da felicidade pode motivar as pessoas a comportamentos mais arriscados, que conduzem a uma maior mortalidade.^{118,133}

Importa ainda destacar que eticamente as investigações sobre felicidade devem ser necessariamente correlacionais, examinando as possíveis associações com outros fatores, sem se manipular os níveis de felicidade dos indivíduos.³¹

3.4. Mensuração da felicidade

Os estudos propõem que a felicidade pode ser estudada, medida e que até é possível fazer políticas destinadas a aumentar a felicidade das populações.^{109,113}

Quando o BES surgiu como área de investigação, os estudos eram maioritariamente correlacionais e transversais, mas com o avanço do conhecimento, os investigadores começaram a desenhar estudos longitudinais e a criar modelos causais.¹⁰⁶

Uma vez que não existe um “termómetro” de felicidade, o problema da medição dos níveis de felicidade individual evidencia-se. Atualmente, existe a possibilidade de recorrer a medidas psicofisiológicas de última geração ou técnicas cerebrais, mas geralmente os estudos baseiam-se em autorrelatos, por se considerar que os indivíduos são os informadores privilegiados quanto à sua perceção de BES. O recurso à entrevista e à avaliação de expressões não verbais também é relatado como método válido.^{106,120}

As avaliações sobre felicidade podem ser realizadas através de perguntas diretas ou indiretas, simples ou múltiplas, em um ou vários momentos¹³⁴ e consistir em avaliações globais de itens únicos ou em avaliações de apenas uma das componentes do BES.¹⁰⁶ Na coleção "Medidas de Felicidade" da *World Database of Happiness*, estão disponíveis centenas de questões passíveis de serem utilizadas para medir a felicidade.¹¹⁷

O princípio subjacente à avaliação da felicidade é o de que cada indivíduo tem o direito de decidir se a sua vida é ou não positiva e satisfatória, cabendo ao investigador aceitar essa avaliação.¹²¹ No entanto, diversas críticas argumentam que as pessoas não sabem se são ou não felizes e que existe a possibilidade de se obterem respostas falsas para colorir a realidade. Embora não se possa negar este fato, tais argumentos têm sido refutados por diferentes estudos internacionais que continuam a recorrer a escalas, devidamente testadas, para desenvolver a sua investigação.¹³⁴

As escalas de bem-estar subjetivo, por norma, avaliam apenas uma das suas componentes – afetiva ou cognitiva³³ – como, por exemplo, a Escala de Felicidade Subjetiva^{106,111} e a Escala de Satisfação com a Vida,¹³⁵ respetivamente.

Neste trabalho, usaremos a Escala de Felicidade Subjetiva de Lyubomirsky e Lepper,¹⁰⁶ validada para português por Pais-Ribeiro.¹¹¹ Este instrumento, baseado na perspetiva do indivíduo, consiste na avaliação global que o indivíduo faz sobre a medida em que é feliz ou infeliz. É composto por um conjunto de quatro itens que devem ser respondidos segundo uma escala de sete níveis: dois itens baseiam-se na autocaracterização do inquirido, usando classificações absolutas e classificações relativas aos pares, os outros dois itens pedem que assinale em que grau as breves descrições de indivíduos felizes e infelizes o caracterizam.^{106,111}

3.5. A felicidade nos idosos

A busca incessante pela felicidade é transversal a todas as faixas etárias e igualmente importante ao longo do ciclo vital.¹⁰ Contudo, os resultados sobre a trajetória da felicidade são divergentes: uns indicam que declina após os 65 anos, outros que se mantém estável³⁵ e outros preveem um aumento na velhice.¹³⁶⁻¹³⁸

Embora, num estudo recente, as pessoas mais velhas tenham sido consideradas mais felizes que os seus pares mais jovens, existem várias áreas críticas na população idosa.¹⁰ Um estudo realizado com centenários aponta que, para se sentirem felizes, os idosos necessitam de recursos básicos como saúde, recursos sociais e económicos.³⁵ Numa investigação de mulheres idosas, por exemplo, a idade avançada foi associada a níveis mais baixos de propósito na vida, crescimento pessoal e relações positivas; e a falta de saúde foi associada a mais depressão e ansiedade.¹³⁹ No entanto, estudos indicam uma correlação positiva entre a felicidade dos idosos e a saúde, as boas relações familiares e sociais, uma boa rede de suporte social e a participação em atividades prazerosas e de lazer.¹³⁸

A prevalência de doenças, de problemas de saúde e a perda de seres queridos entre os idosos, bem como os inúmeros benefícios da felicidade para a saúde e para as relações sociais destacam a necessidade de políticas de saúde que potenciem atividades de bem-estar delineadas para esta faixa etária.³²

Além disso, a investigação sugere que métodos bem-sucedidos de busca da felicidade entre idosos podem ser diferentes dos de outras idades. Embora as boas relações e a busca de atividades agradáveis sejam identificadas como importantes e transversais para o bem-estar, os adultos mais jovens concentram-se mais no autoconhecimento, na competência e na autoaceitação, enquanto os adultos mais velhos se concentram mais no enfrentamento positivo da mudança.¹⁰

O desenvolvimento da memória autobiográfica, através da promoção da gratidão e do perdão, também poderá ter um papel importante nas emoções positivas, pela capacidade de transformação da amargura em memórias neutras ou satisfatórias e por se apreciar e perceber a vida como um dom, o que provoca um impacto potencialmente mais duradouro.¹³⁸

Apesar das escassas intervenções realizadas entre idosos, o limitado trabalho sugere que atividades positivas melhoram o BES.¹⁰ Existem também indícios que os idosos são o grupo mais vulnerável para perder a felicidade e desenvolver quadros de depressão e ansiedade, o que reforça a necessidade de um cuidado acrescido no desenvolvimento de estratégias eficazes na promoção da felicidade e do BES.¹³⁸

Estudos futuros devem apostar na avaliação da eficácia de atividades positivas para aumentar a felicidade dos idosos, nomeadamente através da validação de estudos já realizados com adultos jovens.¹⁰

PARTE II - MATERIAIS E MÉTODOS

4. JUSTIFICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Problema de investigação

Com o aproximar do fim da vida, as necessidades espirituais dos idosos intensificam-se e surgem questões pessoais sobre o sentido, propósito e valor da sua própria existência, muitas vezes causadoras de sofrimento.^{7,8} Em contexto de institucionalização em lar de idosos, com uma distância física e, por vezes, afetiva da família e pessoas significativas, a vivência deste processo pode ser dificultada.⁹ Importa, pois, conhecer e avaliar os níveis de bem-estar espiritual que estas pessoas apresentam.

Numa outra perspetiva, a OMS relembra que, independentemente do contexto, as pessoas mais velhas continuam a ter aspirações de bem-estar³⁴ e necessidade de encontrar felicidade no momento presente.³⁵

Apesar do aumento do interesse e da investigação científica nestas áreas de elevada importância na vida das pessoas – bem-estar espiritual e felicidade – são raros os estudos que englobam as duas componentes e a grande maioria não engloba os idosos como alvo da sua pesquisa.^{2,10} Desvenda-se assim um problema e uma oportunidade de investigar sobre o bem-estar espiritual e a felicidade das pessoas idosas institucionalizadas.

Pertinência da investigação

Com o aumento da esperança média de vida, aumentaram as necessidades de cuidados de enfermagem em diferentes contextos¹ e tornou-se imperativo promover a saúde, o BEE e a felicidade dos idosos.^{2,3}

A inquietude desencadeada pelo confronto com a possibilidade de finitude torna as questões espirituais sobre o sentido da existência mais frequentes, podendo conduzir a situações de sofrimento psicoespiritual, que tendem a ser subvalorizadas e vividas de forma solitária e dolorosa.⁷⁰ Contudo, se estas necessidades forem exploradas de forma positiva, ajudarão a encontrar significado, aceitação e esperança.⁷⁷ O BEE – a busca constante de sentido, a ligação com Deus e com os outros - conduz à saúde espiritual e ao alívio do sofrimento, mesmo coexistindo com a doença e a finitude da vida.¹⁷

Um estudo recente, desenvolvido com idosos institucionalizados em Portugal, corrobora que a dimensão espiritual é um aspeto relevante na vida dos idosos e que os ajuda a ter mais esperança e a encarar o futuro com mais otimismo.⁵³

Também transversal a todas as faixas etárias e igualmente importante ao longo do ciclo vital, a felicidade tem despertado o interesse da comunidade científica.^{10,35} Os benefícios da felicidade abrangem diferentes domínios da vida e têm um impacto significativo na vida das pessoas, potenciando habilidades e competência e prevenindo algumas patologias e perturbações.²⁹⁻³³ No entanto, a investigação com idosos parece ser ainda limitada.¹⁰

Podemos ainda verificar que a investigação sobre felicidade em cuidados paliativos não é tão profícua quanto a relacionada com o bem-estar, a qualidade de vida ou a esperança. E aqui vislumbramos uma área inovadora e relevante de desenvolvimento do conhecimento que esperamos poder transferir para a prática clínica.

Perante esta realidade, propomo-nos conhecer os níveis de bem-estar espiritual e felicidade subjetiva, bem como a relação existente entre ambos, como forma de incremento à melhoria dos cuidados de enfermagem, que se preveem holísticos e abrangentes de todas as áreas da vivência humana.

Questão de investigação

Da análise reflexiva do problema surge a seguinte questão de investigação:

– Qual o nível de bem-estar espiritual e de felicidade de pessoas idosas institucionalizadas?

Objetivo

O objetivo deste estudo é “avaliar o bem-estar espiritual e a felicidade subjetiva de pessoas idosas institucionalizadas e analisar a sua relação”.

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo de estudo

Segundo a tipologia de estudo de Burkett,¹⁴⁰ este trabalho consiste num estudo analítico, quanto ao seu objetivo; observacional, quanto à intervenção do investigador e transversal, quanto ao tempo investigado.

5.2. População e amostra

A presente investigação foi realizada num lar de idosos da cidade de Lisboa com cerca de 100 residentes, onde a investigadora exercia funções como enfermeira.

A população-alvo era constituída pelos residentes no lar que cumpriam os critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 65 anos e não apresentar alterações cognitivas impeditivas da sua participação, avaliadas através do *Mini-Mental State Examination*¹⁴¹ (ANEXO I). Não existiam critérios de exclusão neste estudo.

A amostra coincide com a população acessível, num total de 49 idosos.

A realização de um estudo inserido no âmbito dos cuidados paliativos num lar de idosos pode aparentar ser algo arriscado e a ousar o descabido, mas a realidade verificada em contexto clínico refuta estes juízos.

Estudos de diferentes áreas relatam que a mudança epidemiológica⁵⁸ – tanto na morbilidade como na mortalidade da população geriátrica^{44,45} – evidencia o aumento das comorbilidades, das multipatologias/sintomatologias^{5,44} e o surgimento de um novo padrão de doença, com prevalência de síndromes como a demência.^{41,61} Sabe-se ainda que os cuidados paliativos no idoso, apesar das particularidades, preservam a sua filosofia.⁵⁸ Visam a melhoria da qualidade de vida, através do controlo sintomático, da prevenção e alívio do sofrimento não só físico, mas também psicossocial e espiritual.⁴

Neste estudo, optou-se por não se questionar sobre a existência de doenças crónicas e/ou incuráveis por dois motivos fulcrais: a investigadora conhece a população-alvo e sabe que todos os participantes possuem doenças crónicas, com grande predomínio de multipatologias e comorbilidades, com especial enfoque nas doenças cardíacas e respiratórias; questionar sobre patologias, por dirigir o pensamento dos participantes

para assuntos menos positivos como as dificuldades e as limitações, poderia influenciar negativamente as respostas às questões centrais deste estudo.

5.3. Variáveis em estudo

Neste estudo, pretende-se avaliar a variável bem-estar espiritual e a variável felicidade e analisar a relação existente entre ambas.

Denominaremos como variáveis principais, as variáveis imprescindíveis para dar resposta aos objetivos da investigação – Bem-estar espiritual e Felicidade – e como variáveis secundárias ou de controlo, as variáveis complementares ao esclarecimento e que, de algum modo, se relacionam com as variáveis principais.¹⁴²

Neste estudo, temos as seguintes variáveis principais:

Bem-estar espiritual

O bem-estar espiritual, enquanto variável ordinal, foi avaliado pela versão portuguesa do Questionário de Bem-Estar Espiritual⁹⁸ (*Spiritual Well-being Questionnaire*)¹⁰⁰ (ANEXO II).

Felicidade

Esta variável ordinal foi avaliada pela Escala de Felicidade Subjetiva de Lyubomirsky e Lepper¹¹¹ (ANEXO III).

Como variáveis secundárias temos as variáveis demográfica e de caracterização:

Idade

Esta variável foi operacionalizada em anos, através da aplicação de uma pergunta aberta, em que se registou a idade do inquirido, documentada no momento de preenchimento do questionário. Posteriormente, de forma a facilitar o tratamento estatístico, a variável idade foi transformada na variável ordinal: faixa etária. A faixa etária encontra-se dividida em intervalos de 5 anos, a começar na idade mínima de participação no estudo: [65-69], [70-74], [75-79], [80-84], [85-89], [90-94], [95-99] e [100-104].

Género

O género, como variável nominal, foi operacionalizada através de uma pergunta fechada e dicotómica: feminino ou masculino.

Estado civil

O estado civil, variável nominal, foi operacionalizada através de uma pergunta fechada e de escolha única, com as seguintes opções de resposta:

- Solteiro(a);
- Casado(a)/União de facto;
- Divorciado(a)/Separado(a);
- Viúvo(a)

Habilitações literárias

Na tentativa de minimizar possíveis constrangimentos na resposta a esta pergunta, dadas as múltiplas alterações dos planos de estudo ao longo das gerações, nomeadamente ao nível da nomenclatura, esta variável foi operacionalizada através da aplicação de uma pergunta aberta, prevendo-se obter respostas mais fidedignas. Posteriormente foi convertida em variável ordinal e constituídos os seguintes grupos:

- Não sabe ler nem escrever
- Sabe ler ou escrever, sem qualquer grau
- 3ª Classe
- 4ª Classe
- 5ª Classe
- 6ª Classe

Principal motivo de entrada no lar

De forma a não influenciar nem restringir as opções de resposta, esta variável foi operacionalizada através de uma pergunta aberta. Posteriormente as respostas foram agrupadas em categorias:

- Viver sozinho/a
- Doença do próprio
- Motivos familiares
- Doença do cônjuge/familiar
- Motivos económicos
- Necessidade de cuidados
- Enumerou mais do que um motivo

Tempo de institucionalização

Esta variável foi operacionalizada em número de anos completos a viver no lar, através de uma pergunta aberta.

Com base no número de anos a viver no lar foi possível calcular, através da idade dos participantes, a idade com que entraram para o lar.

Religião/credo

Esta variável nominal foi operacionalizada através de uma pergunta aberta.

Hábitos de oração

Esta variável ordinal foi operacionalizada através de uma pergunta fechada e de escolha única, com as seguintes opções de resposta:

- Não reza
- Reza ocasionalmente (menos que uma vez por semana)
- Reza semanalmente
- Reza várias vezes por semana
- Reza diariamente

5.4. Instrumentos de recolha de dados

Para avaliar se os participantes cumpriam os critérios de inclusão, quanto ao estado cognitivo, foram utilizados os valores normativos do *Mini-Mental State Examination* mais recentes para a população portuguesa.¹⁴¹

Posteriormente, foi aplicado, num ambiente de confiança e confidencialidade, um questionário de caracterização sociodemográfica dos participantes (APÊNDICE I) e duas escalas de avaliação do bem-estar espiritual e da felicidade.

O Questionário de Bem-Estar Espiritual (*Spiritual Well-Being Questionnaire*¹⁰⁰), validado para português por Gouveia *et al*⁹⁸ (ver anexo II), é composto por 4 subescalas (com cinco itens cada). Cada uma diz respeito a um dos domínios propostos por Fisher – pessoal, comunitário, ambiental e transcendental – segundo uma escala de *Likert* de 5 pontos, entre “muito pouco” e “muitíssimo”. As quatro dimensões poderão agregar-se, indicando o nível global de BEE. Pretende-se que a pessoa indique em que medida, na sua experiência pessoal atual, sente estar a desenvolver cada um dos indicadores.^{98,100}

A Escala de Felicidade Subjetiva de Lyubomirsky e Lepper¹⁰⁶ (ANEXO III), validada para português por Pais-Ribeiro,¹¹¹ é um instrumento baseado na perspectiva do indivíduo e consiste na avaliação global que o indivíduo faz sobre a medida em que é feliz ou infeliz. É composto por um conjunto de quatro itens que devem ser respondidos segundo uma escala de sete níveis (escala de *Likert*): dois itens baseiam-se na autocaracterização do inquirido, usando classificações absolutas e classificações relativas aos pares, os outros dois itens pedem que assinale em que grau as breves descrições de indivíduos felizes e infelizes o caracterizam.^{106,111}

De salientar que, embora estes instrumentos sejam preferencialmente de autopreenchimento, perante os baixos níveis de literacia, foi facultada a possibilidade de ser a investigadora a ler as perguntas e a preencher os instrumentos com as respostas dadas pelos participantes, num ambiente de confiança e sigilo.

Acrescentar ainda que – embora não esteja evidente no artigo de validação do SWBQp⁹⁸ – a autora salvaguardou que, apesar do instrumento ser utilizado em diferentes amostras em Portugal e em outros países de língua portuguesa com resultados globalmente adequados, o instrumento não parece ser suficientemente válido na população idosa (ANEXO II). Contudo, optou-se pela utilização deste instrumento, por existirem mais estudos em que o SWBQp é aplicado a pessoas idosas.^{76,101}

5.5. Processamento de dados

Os dados recolhidos foram operacionalizados através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 24[®] e do Microsoft Office Excel 2010[®].

Nos testes estatísticos de análise de resultados, foi considerado um nível de significância de $p < 0,05$.

5.6. Procedimentos éticos e legais

Durante a investigação, usou-se um sistema de codificação dos sujeitos. Foi mantido o anonimato dos participantes e os dados recolhidos serão guardados, durante e após o estudo, pela investigadora e destruídos, após o período previsto pela comissão de ética.

Os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo e a metodologia do estudo e, para além do anonimato e confidencialidade, foi garantida a possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento, sem consequências (APÊNDICE II).

Dada a faixa etária da população e a previsão de um baixo índice de escolaridade, não saber ler/escrever não constituiu um critério de exclusão. Os instrumentos de autopreenchimento, quando solicitado, foram preenchidos pela investigadora, respeitando na íntegra a informação fornecida pelo sujeito. Como é habitual na instituição, nos casos de analfabetismo as assinaturas dos consentimentos informados foram substituídas por impressão digital.

O estudo foi realizado após aprovação e consentimento da instituição de residência dos participantes (ANEXO IV) e do Conselho Científico e da Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (ANEXO V).

Estava previsto no projeto inicial que, na presença de alterações relevantes nas avaliações realizadas, os idosos seriam encaminhados, com o seu conhecimento e consentimento, para um profissional qualificado. E que a investigadora, pertencente à equipa de saúde, asseguraria este encaminhamento, questionando o participante sobre o seu desejo de conversar com outro elemento da equipa sobre essa questão. Porém, não se identificaram necessidades de encaminhamento.

Contudo, alguns participantes manifestaram desejo em aprofundar a sua partilha com a investigadora. Baseando-se no princípio da beneficência, associado à investigação, foi concedido espaço e oportunidade para os participantes expressarem sentimentos e vivências, após a colheita de dados, para não comprometer a mesma. Pois, ainda que este não seja o objetivo principal, é um efeito da própria investigação e tem um potencial terapêutico.

5.7. Orçamento

Todos os encargos do estudo foram da responsabilidade da investigadora.

PARTE III - RESULTADOS

6. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo são apresentados os resultados obtidos, após a colheita de dados e o respetivo tratamento estatístico.

As variáveis normalmente distribuídas são apresentadas como média com desvio padrão (s), e os dados não normalmente distribuídos são descritos como mediana, quartil 1 e 3 e com valores mínimos e máximos.

6.1. Caracterização da amostra

Género e idade

A amostra é constituída por 34 pessoas (69,4%) do género feminino e 15 (30,6%) do masculino (Tabela 1). A proporção entre homens e mulheres é de 0,44, com uma diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres ($p < 0.05$).

De acordo com os dados apresentados, a idade dos idosos varia entre os 65 e os 102 anos. A sua distribuição não é normal, tendo uma mediana de 85 anos e uma amplitude do intervalo interquartil (amplIQ) de 10 anos.

De forma a facilitar o tratamento estatístico, a variável idade apresenta-se agrupada em 8 faixas etárias, com intervalos de 5 anos, com início aos 65 anos, idade mínima para participar no estudo (Tabela 1).

A faixa etária com maior percentagem de idosos é a dos 85-89 anos com 28,6% (n=14), seguindo-se a faixa etária dos 80-84 anos com 20,4% (n=10) e dos 90-94 anos com 18,4% (n=9). As restantes faixas etárias apresentam somatórios totais inferiores a 15%. Não existem idosos com idades pertencentes à faixa etária dos 95-99 anos.

A faixa etária acima dos 80 anos, designada de muito idosos (*oldest old*),¹⁴³ é composta por 76,5% (n=26) do total das mulheres e 53,3% (n=8) da totalidade dos homens. Dos 49 idosos que compõem a amostra, 34 (69,4%) têm idade superior a 80 anos. Existe uma diferença estatisticamente significativa na faixa etária, quanto ao género [$U=161,500$; $p=0,038$], sendo as mulheres mais velhas que os homens.

Tabela 1 – Faixa-etária e género (n=49)

	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Faixa etária						
65-69	2	4,1	5	10,2	7	14,3
70-74	3	6,1	0	0,0	3	6,1
75-79	3	6,1	2	4,1	5	10,2
80-84	7	14,3	3	6,1	10	20,4
85-89	10	20,4	4	8,2	14	28,6
90-94	8	16,3	1	2,0	9	18,4
100-104	1	2,0	0	0,0	1	2,0
Total	34	69,4	15	30,6	49	100,0

Quando avaliada a felicidade, não se verificam diferenças quanto ao género [U=190,000; p=0,158]. Mas existe uma correlação baixa negativa entre a variável idade e a variável felicidade [$r_s = -0,293$; p=0,041].

Já o BEE apresenta um comportamento distinto. Quanto ao género, verifica-se uma diferença apenas no domínio ambiental [U_{BEE ambiental}=161,000; p=0,038], com os homens a apresentarem valores mais altos neste domínio. Existe uma correlação baixa negativa entre a idade e o BEE global [$r_s (BEE_{global}) = -0,304$; p=0,034], não se verificando correlação em nenhum dos domínios do BEE.

Estado civil

Quanto ao estado civil, 42,9% (n=21) da amostra são pessoas viúvas, 34,7% (n=17) pessoas solteiras e 16,3% (n=8) pessoas casadas ou em união de facto. Os restantes 6,1% (n=3) correspondem a pessoas divorciadas ou separadas (Gráfico 1).

O estado civil não parece relacionar-se nem com a felicidade, nem com o BEE.

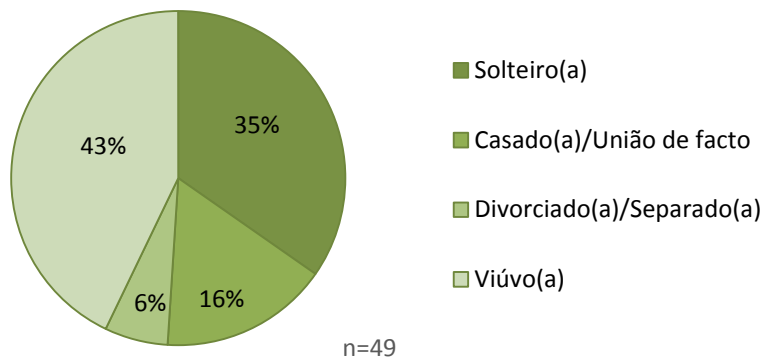


Gráfico 1 – Estado civil (n=49)

Habilitações literárias

Quanto às habilitações literárias, mais de metade da amostra (59,2%, n=29) concluiu a 4ª classe, 6 (12,2%) pessoas concluíram a 3ª classe e 5 (10,2%) concluíram a 5ª classe. As restantes opções contêm 3 (6,1%) pessoas cada: não sabe ler nem escrever, sabe ler ou escrever mas não possui qualquer grau de escolaridade e 6ª classe (Tabela 2).

Tabela 2 – Habilitações literárias (n=49)

Habilitações literárias	F	f (%)	f _{acm}
Não sabe ler nem escrever	3	6,1	0,06
Sabe ler ou escrever, sem qualquer grau	3	6,1	0,12
3ª Classe	6	12,2	0,25
4ª Classe	29	59,2	0,84
5ª Classe	5	10,2	0,94
6ª Classe	3	6,1	1,0
Total	49	100,0	

f (%) - frequência relativa x100

A faixa etária apresenta uma correlação moderada negativa com as habilitações literárias [$r_s = -0,414$; $p = 0,003$]. Existe, ainda, uma correlação baixa negativa entre a idade de entrada no lar [$r_s = -0,320$; $p = 0,025$] e as habilitações literárias.

Quanto às variáveis principais, as habilitações literárias apresentam apenas uma correlação baixa positiva com o domínio pessoal do BEE [r_s (BEE pessoal) = 0,298; $p = 0,037$]. Não se verificam correlações com os outros domínios do BEE, nem com a variável felicidade.

Motivo de entrada no lar

Viver sozinho/a foi o principal motivo para 17 (37,8%) pessoas irem viver para o lar. Motivos de saúde/doença levaram 9 (20%) pessoas a tomar esta decisão, 5 (11,1%) pessoas foram por motivos familiares, 4 (8,9%) devido a doenças do cônjuge/familiar, 2 (4,4%) por motivos económicos e outras 2 (4,4%) por necessitarem de cuidados. Seis pessoas, por ser uma pergunta de resposta aberta, elencaram mais do que um motivo e 4 optaram por não responder (Tabela 3).

De forma a não influenciar nem restringir opções de resposta, esta variável foi operacionalizada através de uma pergunta aberta, permitindo ao participante responder

livremente. Posteriormente as respostas foram agrupadas em diferentes categorias. Porém, existem aspetos que devem ser salientados:

- “Viver sozinho/a” engloba as pessoas cuja resposta foi, literalmente, viver sozinho/a, duas pessoas que responderam “a solidão” e uma que respondeu “ter enviuvado”;

- Nos “motivos familiares”, duas pessoas referenciaram “problemas familiares” como principal motivo, duas referiram que foi para aliviar os filhos, por opção própria, e uma referiu ter sido opção da família (“porque a minha família quis”);

- Agrupadas na categoria “doença do cônjuge/familiar” encontram-se duas idosas e um idoso que foram para o lar devido a problemas de saúde do respetivo cônjuge e uma idosa que optou por ir viver para o lar por não conseguir cuidar do pai doente.

Das pessoas que referiram mais do que um motivo, uma pessoa referiu necessidade de cuidados e motivos económicos (“baixas reformas”); duas referiram doença do próprio/a e viver sozinho/a; uma referiu necessidade de cuidados e motivos familiares (“alívio da família”); uma referiu motivos económicos e motivos familiares e outra referiu viver sozinho/a e motivos económicos.

Tabela 3 – Principal motivo de entrada no lar (n=45)

Principal motivo de entrada no lar	F	f (%)
Viver sozinho/a	17	37,8
Doença do próprio	9	20,0
Motivos familiares	5	11,1
Doença do cônjuge/familiar	4	8,9
Motivos económicos	2	4,4
Necessidade de cuidados	2	4,4
Enumerou mais do que um motivo	6	13,3
Total	45	100,0

f (%) - frequência relativa x100

O motivo de entrada no lar encontra-se associado às habilitações literárias dos participantes [$\chi^2_{MC}(25)=40,129$; $p=0,046$], mas não se relaciona estatisticamente com nenhuma outra variável.

Tempo de institucionalização

O tempo de institucionalização, contado em número de anos completos, varia entre 1 e 21 anos. A sua distribuição não é normal, tendo uma mediana de 5 anos e um intervalo interquartil de 7 anos (Gráfico 2).

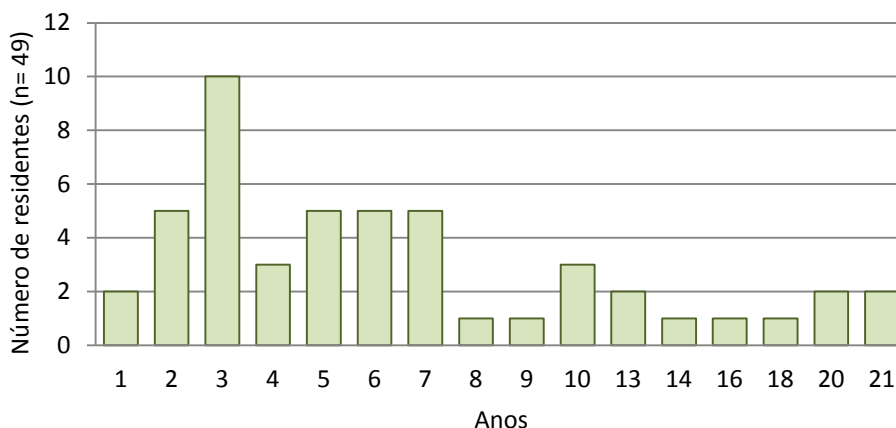


Gráfico 2 – Tempo de institucionalização (em anos)

O tempo de institucionalização apresenta uma diferença estatisticamente significativa, quanto ao género [$U=154,000$; $p=0,027$], sendo que as mulheres habitam há mais tempo no lar. Quanto à faixa etária, apresenta uma correlação moderada positiva [$r_s= 0,482$; $p<0,01$] e apresenta uma correlação baixa negativa, quanto às habilitações literárias [$r_s= -0,379$; $p=0,007$].

O tempo de institucionalização apresenta uma correlação moderada negativa com a dimensão comunitária do BEE [r_s (BEE comunitário)= $-0,411$; $p=0,003$] e correlações baixas negativas com o BEE global [r_s (BEE global)= $-0,373$; $p=0,008$] e com a sua dimensão pessoal [r_s (BEE pessoal)= $-0,296$; $p=0,039$]. Não se correlaciona com as restantes dimensões do BEE, nem com a felicidade subjetiva.

Idade de entrada no lar

Com base no número de anos a viver no lar, foi possível calcular a idade com que os participantes entraram para o lar. A sua distribuição é normal [$SW(49)=0,975$, $p=0,392$], sendo a média de 76,55 anos e o desvio padrão (s) de 7,536 anos. A idade mínima de entrada foi 62 anos e a máxima 91 anos (Gráfico 3).

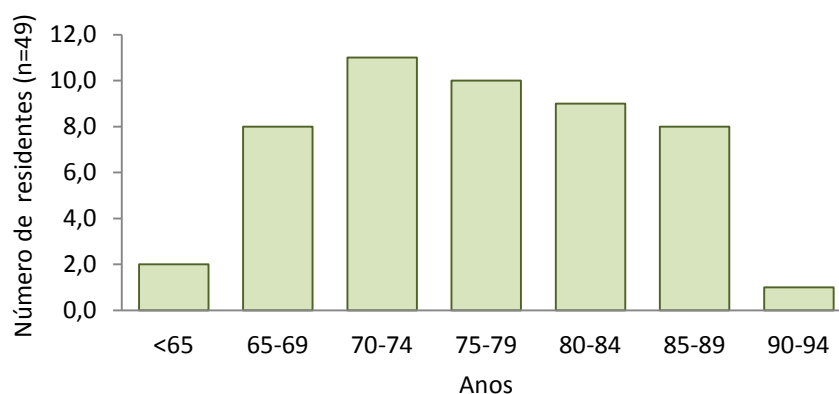


Gráfico 3 – Caracterização da amostra quanto à idade de entrada no lar (em anos)

O estado civil apresenta uma associação estatisticamente significativa com a idade de entrada no lar [$\chi^2_{KW}(3)=8,485$; $p=0,037$] (Viúvo(a)>Divorciado(a)/Separado(a)>Solteiro(a) >Casado(a)/União de facto). Porém, não parece relacionar-se nem com o BEE, nem com a felicidade.

Religião/credo e hábitos de oração

A amostra é constituída exclusivamente por pessoas católicas, ainda que este não constituísse um critério de seleção.

Da amostra, 89,8% (n=44) das pessoas afirmam rezar diariamente. Visto que todas as idosas da amostra (n=34) afirmam rezar diariamente, os restantes dados são referentes a idosos do género masculino: dois (6,1%) afirmam rezar várias vezes por semana, outros dois (6,1%) rezam semanalmente e apenas um (2%) afirma não rezar (Tabela 4).

Existe uma diferença estatisticamente significativa quanto ao género [$U= 170,000$; $p<0,01$], com as mulheres a apresentarem hábitos de oração mais frequentes que os homens. Não se verifica ligação com a variável BEE, nem com a variável felicidade.

Tabela 4 – Hábitos de oração e género (n=49)

	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hábitos de oração						
Não reza	0	0	1	2,0	1	2,0
Reza semanalmente	0	0	2	4,1	2	4,1
Reza várias vezes por semana	0	0	2	4,1	2	4,1
Reza diariamente	34	69,4	10	20,4	44	89,8
Total	34	69,4	15	30,6	49	100

6.2. Bem-estar espiritual

A variável bem-estar espiritual (BEE) foi operacionalizada através do preenchimento da versão portuguesa do Questionário de Bem-Estar Espiritual (SWBQp).^{98,100} Embora seja um questionário de autopreenchimento, na maioria dos casos foi preenchido pela investigadora, a pedido dos participantes, como previsto, enquanto possibilidade, no projeto de investigação.

O SWBQp é constituído por 20 itens distribuídos de igual forma (5 itens cada) para avaliarem cada uma das quatro subescalas de BEE – pessoal, comunitária, ambiental e transcendental. Ao participante é pedido que identifique em que medida sente que cada afirmação reflete a sua experiência pessoal atual. Os itens são avaliados numa escala de 5 pontos (variando de 1=muito pouco a 5=muitíssimo). Todos os itens são formulados positivamente e o resultado é obtido pela média das respostas de cada subescala.

Nesta amostra, o bem-estar espiritual global – avaliado através da média dos 20 itens do SWBQp – apresenta uma distribuição normal [SW(49)=0,978, p=0,467]. Em média, os participantes apresentaram uma pontuação de 3,69 (s=0,37), que arredondado à unidade, daria um valor de 4 (“muito” no SWBQp), o que reflete uma classificação médio-elevada de bem-estar espiritual (Tabela 5).

Tabela 5 – SWBQp: global e por subescalas

	Dimensões do BEE (SWBQp)				BEE global (SWBQp) (1-5)
	Pessoal (1-5)	Comunitária (1-5)	Ambiental (1-5)	Transcendental (1-5)	
Média	3,23	3,67	3,8	4,07	3,69
Desvio padrão	0,68	0,34	0,58	0,57	0,37
Mediana	3,4	3,6	3,8	4,0	3,7
Amplitude IIQ	0,9	0,5	0,5	0,8	0,45
Mínimo	1,6	3,0	2,0	2,2	2,7
Máximo	4,8	4,6	5,0	5,0	4,85
Distribuição normal	–	X	–	–	X

A dimensão comunitária do BEE também apresenta uma distribuição normal [SW(49)=0,961, p=0,106], com uma média de 3,67 (s=0,34), ou seja, também apresenta uma classificação médio-elevado (Tabela 5).

As restantes dimensões do BEE – pessoal, ambiental e transcendental – não têm uma distribuição normal, como se pode verificar no Gráfico 4.

A dimensão pessoal apresenta uma mediana de 3,4 (amplIQ= 0,9), com um mínimo de 1,6 e um máximo de 4,8, sendo a dimensão que apresenta o valor mínimo mais baixo. A dimensão ambiental apresenta uma mediana de 3,8 (amplIQ=0,5) e os seus valores oscilam entre 2 e 5, valores mínimo e máximo, respetivamente. A dimensão transcendental apresenta uma mediana de 4 (amplIQ=0,8), sendo o valor de mediana mais elevado, comparando com as outras dimensões. As suas pontuações variam entre 2,2 e 5, mínimo e máximo, respetivamente.

Tanto na dimensão ambiental como na transcendental, pode notar-se que existem inquiridos a responder “muitíssimo” (valor 5) às 5 questões destas subescalas. Pela análise das tabelas de frequências cruzadas, foi possível perceber que foi um indivíduo do género masculino que obteve uma média de 5 nas dimensões ambiental e transcendental e que foi uma participante do género feminino que obteve pontuação máxima na dimensão transcendental.

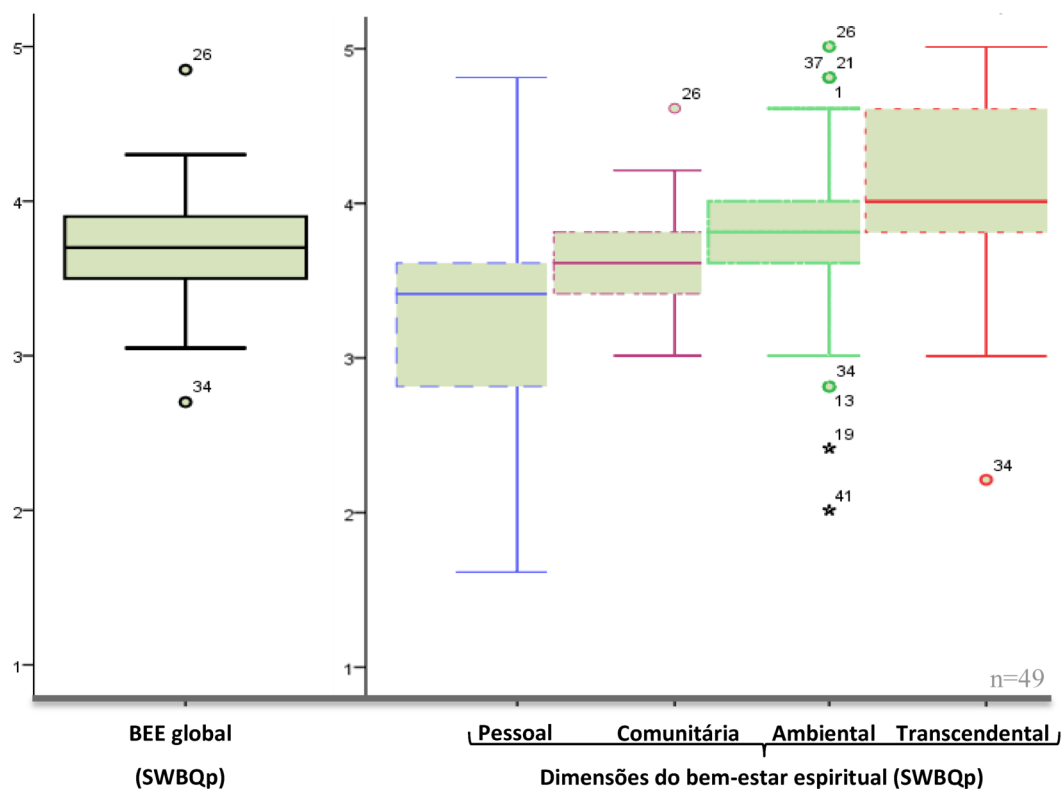


Gráfico 4 – SWBQp: global e por subescalas

6.3. Felicidade subjetiva

A variável felicidade subjetiva foi operacionalizada através do preenchimento da Escala de Felicidade Subjetiva,^{106,111} que consiste na avaliação global que o indivíduo faz sobre a medida em que é feliz ou infeliz. É composta por quatro itens que devem ser respondidos segundo uma escala de sete níveis (escala de *Likert*): dois itens baseiam-se na autocaracterização do inquirido, usando classificações absolutas e classificações relativas aos pares, os outros dois itens pedem que assinale em que grau as breves descrições de indivíduos felizes e infelizes caracterizam o inquirido.

Nesta amostra, a variável felicidade subjetiva apresenta uma distribuição normal [SW(49)=0,962, p=0,113], com uma média de 4,02 num máximo de 7 (s=0,93), uma pontuação mínima de 1,25 e máxima de 5,75 (Tabela 6).

Na amostra, nenhum participante evidenciou valores máximos de felicidade subjetiva e uma senhora apresentou valores mínimos de felicidade.

Tabela 6 – Felicidade subjetiva e género (n=49)

	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Felicidade subjetiva						
1	1	2,0	0	0,0	1	2,0
2	1	2,0	0	0,0	1	2,0
3	7	14,3	3	6,1	10	20,5
4	15	30,6	6	12,3	21	42,9
5	10	20,5	3	6,1	13	26,5
6	0	0,0	3	6,1	3	6,1
7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	34	69,4	15	30,6	49	100,0

6.4. Bem-estar espiritual e felicidade subjetiva

A variável bem-estar espiritual apresenta uma correlação positiva moderada com todas as suas dimensões e com a variável felicidade subjetiva (Tabela 7).

O BEE global e todas as suas dimensões correlacionam-se positivamente com a variável felicidade subjetiva, exceto a dimensão transcendental:

– o BEE global e as suas dimensões pessoal e comunitária apresentam uma correlação moderada;

– a dimensão ambiental apresenta uma correlação baixa.

À exceção das dimensões ambiental e comunitária, que apresentam uma correlação moderada positiva, as restantes dimensões do BEE não apresentam correlações entre si.

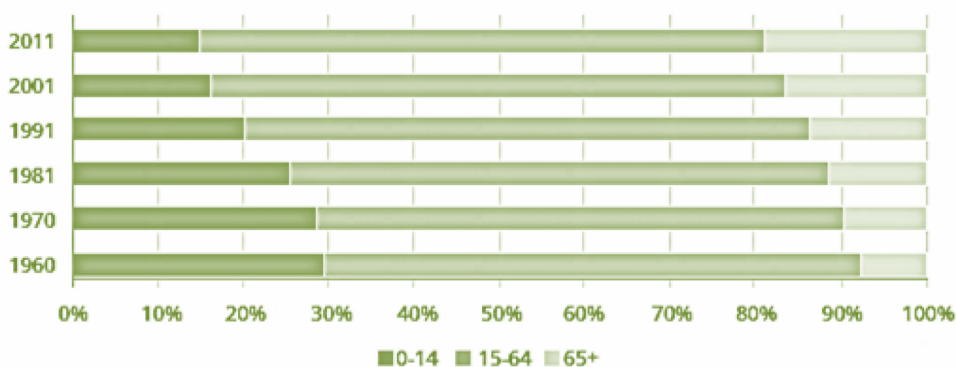
Tabela 7 – Matriz de inter-correlações das dimensões do SWBQp e da felicidade subjetiva

Dimensões do SWBQp	Pessoal	Comunitária	Ambiental	Transcendental	BEE global (SWBQp)
Pessoal					
Comunitária	$r_s=0,243$ $p=0,093$				
Ambiental	$r_s=0,169$ $p=0,246$	$r_s=0,560$ $p<0,001$			
Transcendental	$r_s=0,173$ $p=0,235$	$r_s=0,243$ $p=0,093$	$r_s=0,243$ $p=0,093$		
BEE global (SWBQp)	$r_s=0,661$ $p<0,001$	$r_s=0,649$ $p<0,001$	$r_s=0,682$ $p<0,001$	$r_s=0,560$ $p<0,001$	
Felicidade Subjetiva	$r_s=0,534$ $p<0,001$	$r_s=0,486$ $p<0,001$	$r_s=0,342$ $p=0,016$	$r_s=0,157$ $p=0,281$	$r_s=0,598$ $p<0,001$

Legenda: r_s – Correlação de Spearman (n=49)

7. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O aumento da esperança média de vida é indubitavelmente uma das maiores conquistas do século XX^{36,37} e o envelhecimento demográfico uma das suas consequências.^{36,38,40,42} Atualmente, a população portuguesa é constituída por 21,3% de idosos⁴³ e prevê-se que este número continue a aumentar.^{43,44} Segundo o “*Global AgeWatch Index 2015*” é expectável que, até 2050, aumente para os 41,2%.¹⁴⁴



Fonte: INE, Censos 2011

Gráfico 5 – População residente em Portugal Continental, segundo grupos etários (1960-2011)

Esta nova realidade demográfica conduziu a uma mudança epidemiológica,⁵⁸ tanto na morbilidade como na mortalidade da população geriátrica,^{44,45,59} ao aumento das comorbilidades e multipatologias/sintomatologias^{5,36,41,44,46,52} e ao surgimento de um novo padrão de doença, com prevalência de síndromes como a demência.^{41,61}

Prevê-se que o número de idosos com múltiplas doenças crónicas aumente cerca de 1/3 entre 2000 e 2030⁶⁰ e que as necessidades de saúde se tornem cada vez mais complexas.⁵²

O conhecimento da evolução populacional e epidemiológica e a identificação das causas mais comuns de morte é crucial para o ajuste das políticas sociais e de saúde.^{4,39}

Se há uns anos o cuidado dos idosos era uma missão quase exclusivamente familiar, as recentes alterações demográficas e sociais conduziram a profundas alterações nas dinâmicas e estruturas familiares⁴⁵ e a institucionalização surge frequentemente como resposta à incapacidade dos filhos conciliarem a sua vida pessoal e profissional com o cuidado dos seus pais idosos.⁹

Tais dados estão refletidos na amostra deste estudo. Das 45 respostas válidas, sete pessoas referiram motivos familiares como justificção para a sua institucionalizaçõ – umas por opçõ prõpria, outras por opçõ da família.

A decisõ de internamento em lar, por parte da família, pode ser complexa: se por um lado a família sente a pressõ social e os deveres de assistẽncia, solidariedade e reciprocidade, por outro nã estã preparada – material e/ou emocionalmente – para o processo da perda de capacidades do idoso ou mesmo de o assistir atã à morte.⁹

Jã para o idoso, a institucionalizaçõ e demais alterações de papẽis sociais/familiares podem incluir a necessidade de lidar com perdas de pessoas e de relações prõximas.⁵² Há um inevitãvel corte com a anterior realidade e é necessãrio uma adaptaçõ e familiarizaçõ ao novo ambiente – espaço, rotinas, pessoas, regras e identidade da instituiçõ – o que pode desencadear medo, angústia, revolta ou insegurança.⁹

O ambiente institucional tambẽm tem uma importãncia marcada no acolhimento e integraçõ do idoso, contribuindo para que este se torne cada vez mais autor e protagonista do seu processo de transiçõ.⁹ O espaço deve promover a privacidade, convidar à interaçõ social e, sempre que possível, ter objetos de referẽncia que estimulem a autonomia e as memõrias positivas com os amigos e a família.⁶⁶

Sobre a realidade vivencial da amostra importa referir que, embora residentes num lar de idosos, este apresenta caraterísticas orgãnicas e organizacionais prõprias, que nã devem ser descuradas. Pertence a uma comunidade religiosa feminina catõlica e estã destinado preferencialmente a pessoas com um atual poder econõmico baixo. Tem ao dispor dos residentes diferentes serviços gratuitos, como: Eucaristia e orações comunitãrias diariamente na capela da casa, que podem ser audíveis nos quartos se a pessoa o desejar; possibilidade de acompanhamento com um capelão ou com as religiosas; um salã de cabeleireiro e estãtica; um vasto terreno ao ar livre, acessível a pessoas de mobilidade reduzida, com um pequeno lago e uma ária de jardim e convívio; uma ária de cultivo e animais de pequeno porte; um ginásio equipado e disponível 24h/dia; os quartos são maioritariamente suites individuais e, sempre que queira, o residente pode trazer a mobília e “recriar” o seu quarto no lar; uma capela mortuãria; colaboraçõ de inúmeros voluntãrios, de todas as faixas etãrias; incentivo à autonomia dos idosos atravẽs da sua colaboraçõ em diversas árias, como trabalhos manuais, lides domẽsticas, jardinagem, costura e atã no cuidado de outros residentes.

A equipa multidisciplinar é composta por: uma religiosa, uma equipa de enfermagem, uma fisioterapeuta, uma assistente social, uma podologista e uma vasta equipa médica com diferentes especialidades – medicina geral e familiar, ortopedia, cirurgia, cardiologia, dermatologia e psiquiatria. Neste grupo de colaboradores, alguns exercem funções em contexto de voluntariado.

Por esta descrição poder não coincidir com algumas imagens preconcebidas, optamos por a descrever com algum pormenor, para melhor contextualizar a realidade.

Hanson *et al.* defendem que os lares de idosos têm características únicas que os distinguem da assistência hospitalar. Permitem o acesso a cuidados de saúde na sua própria residência e o estabelecimento de relações terapêuticas próximas, essenciais à humanização e individualização dos cuidados.⁶⁶ Reforçam ainda que, neste contexto, o local ideal para atender as necessidades paliativas é provavelmente o próprio lar, onde os idosos passam as últimas semanas, meses ou anos de vida e não o hospital.⁶⁶

Trotta, no seu estudo de análise dimensional dos cuidados paliativos em lares de idosos, destaca dois conceitos fundamentais: a compreensão de que a morte não pode ser identificada como um momento isolado no tempo, mas como um processo e que a qualidade da morte é difícil de alcançar sem a manutenção da personalidade e da identidade da pessoa.¹⁴⁵ Também Chochinov afirma que ajudar os doentes a morrer com dignidade é a base do princípio dos cuidados paliativos.^{80,81}

A produção científica em cuidados paliativos tem aumentado consideravelmente, mas centra-se essencialmente nas doenças oncológicas e no controlo da dor em doentes jovens. A percentagem de estudos que inclui os doentes geriátricos e as suas vivências é reduzida.^{13,38,59,146}

A necessidade de repensar os estudos científicos vem sendo proposta pela comunidade internacional, dada a escassez de estudos paliativos geriátricos^{4,5,38,59,147} e a necessidade de aprofundar conhecimentos na área da qualidade de vida e do bem-estar psicológico e espiritual.^{13,59}

É no âmbito destas propostas que surge o presente estudo, com o objetivo de avaliar o bem-estar espiritual e a felicidade subjetiva de pessoas idosas institucionalizadas e analisar a sua relação. O presente estudo abrange duas áreas do conhecimento inovadoras e essenciais no cuidado holístico, numa população pouco estudada como os idosos, num contexto de cuidados paliativos.

Embora o estudo tenha revelado resultados pertinentes, destacamos como limitações:

- O desenho transversal e a dimensão da amostra, que apesar de ter respondido a critérios definidos, resultou em 49 participantes. Estas limitações são estudadas e conhecidas no âmbito dos cuidados paliativos, onde a condição do doente e as possíveis alterações do seu estado cognitivo impedem a participação em estudos de maiores dimensões e com maior heterogeneidade de participantes;¹⁴⁸
- A iliteracia e algumas limitações visuais ou de destreza manual fizeram com que alguns participantes solicitassem à investigadora que preenchesse o inquérito com as respostas por eles proferidas, numa relação de sigilo e confiança, como estava previsto no desenho de investigação;
- A investigadora principal pertencer à equipa de enfermagem também poderia constituir uma limitação. Porém, acreditamos que tal não tenha acontecido, dada a forte relação terapêutica que a mesma tem com os residentes. As partilhas e o fortalecimento da relação de ajuda que o estudo proporcionou – mesmo não sendo o objetivo principal do mesmo – e até algumas frases que os participantes livremente escreveram na alínea e da pergunta 5 do *Mini-Mental State Examination*,¹⁴¹ tais como “a enfermeira Margarida é muito boa para nós” e “gosto muito da Margarida”, são prova desta convicção;
- Embora a autora da validação para português do SWBQ⁹⁸ nos tenha informado que este instrumento poderá não estar suficientemente validado para a população idosa, optamos por aplicar o instrumento, neste estudo, dada a abrangência dos quatro domínios do bem-estar espiritual, que acreditamos ser de relevante interesse, e a sua utilização em estudos de investigação com idosos.^{76,101}

Expostas as limitações do estudo, salientamos ainda que as conclusões do mesmo limitam-se à amostra, não sendo passíveis de generalização. Contudo, a pertinência do estudo e dos resultados obtidos não deve ser descurada, devendo incentivar à reflexão e ao desenho de propostas de estudos mais alargados.

Respondendo aos objetivos da investigação, nesta amostra, o bem-estar espiritual apresenta uma pontuação média de 3,69 ($s=0,37$), que arredondado à unidade daria um valor 4 (“muito” no SWBQp), o que reflete uma classificação médio-elevada de bem-estar espiritual.

Os valores médios de bem-estar espiritual estão próximos dos valores obtidos noutros estudos realizados na população portuguesa adulta^{98,101} e num estudo realizado com mulheres idosas institucionalizadas,¹⁴⁹ variando apenas algumas casas decimais.

Ainda que o último estudo referenciado, tal como o nosso, não possa ser generalizado devido à dimensão da amostra (n=30), podemos constatar que os valores obtidos são muito semelhantes.¹⁴⁹ Seria ainda interessante comparar os dados obtidos com os de um estudo realizado com 45 idosos portugueses, com recurso ao SWBQp, mas os dados pretendidos não se encontram descritos.⁷⁶

Gostaríamos de ampliar a nossa análise e comparar os resultados, mas dada a escassez de estudos que utilizam o SWBQ, como instrumento de recolha de dados em populações idosas, tal não é possível.

Nesta amostra, a variável idade apresenta uma correlação baixa negativa com o bem-estar espiritual. Este achado, embora não cause espanto, por se saber que com o aumento da idade há uma maior consciencialização da finitude, o falecimento de pessoas próximas e várias alterações pessoais e sociais, oferece-nos uma oportunidade de reflexão, quanto ao cuidado espiritual num lar de idosos de uma comunidade religiosa com forte dinamismo de oração e várias possibilidades de vivência espiritual e religiosa.

A dimensão transcendental, de todas as dimensões de BEE, foi a que pontuou mais e obteve melhores resultados, com uma mediana de 4 pontos em 5 possíveis. Destaca-se que dois participantes obtiveram pontuação máxima, neste domínio, respondendo com “muitíssimo” a todas as questões. Perante os resultados, elaboramos a hipótese de a vivência num contexto tão apelativo à oração e à relação com Deus influenciar positivamente os níveis de bem-estar espiritual na sua dimensão transcendental. Não podendo afirmá-lo com os dados deste estudo, sugerimos como proposta de análise para estudos futuros. Contudo, a mesma dinâmica e vivência orante, não parece influenciar o domínio comunitário, que também engloba a vivência comunitária da fé (que não está especificada neste estudo, por apenas sabermos a frequência da oração e não o tipo de oração que realizam: pessoal e/ou comunitária).

Dado o estudo realizado por Caldeira *et al.* na população portuguesa,¹⁰¹ ponderávamos a hipótese das mulheres pontuarem mais no domínio transcendental, por terem hábitos de oração mais frequentes. No entanto, apesar da totalidade das mulheres admitir rezar diariamente, esta diferença não teve significância estatística no domínio transcendental nem no domínio comunitário. O estabelecimento de uma

relação “vertical” com Deus, através da oração, poderia ter influenciado o primeiro domínio, bem como a relação comunitária das práticas religiosas poderia ter influenciado o segundo (embora não possamos afirmar que rezem em comunidade).^{74,100} Os hábitos de oração também não evidenciaram uma relação estatisticamente significativa com os restantes domínios do BEE, nem com o género.

A faixa etária apresenta uma correlação moderada positiva com as habilitações literárias e estas apresentam uma correlação baixa positiva com o domínio pessoal do BEE. Também no estudo de Caldeira *et al.*,¹⁰¹ as pessoas mais jovens pontuaram mais no domínio pessoal, enquanto as pessoas mais velhas pontuaram mais no domínio transcendental. No presente estudo, dado o contexto socioeconómico e a baixa escolaridade frequente na população idosa, compreendemos que possuir habilitações literárias seja um motivo de orgulho e de conquista pessoal que influencia o autoconceito e que pode refletir-se aqui.

A idade de entrada no lar também apresenta uma correlação baixa negativa com as habilitações literárias, o que nos levaria a pensar que as pessoas com um grau de instrução superior e um suposto desenvolvimento intelectual optariam por ingressar no lar mais cedo. Contudo, verifica-se também uma associação entre o estado civil e a idade de entrada no lar, o que nos faz crer que a idade com que as pessoas entram no lar depende da conjugação de vários fatores, mais complexos que os linearmente expostos.

O tempo de institucionalização é a variável que interage com mais domínios do BEE. Apresenta uma correlação moderada negativa com o domínio comunitário e correlações baixas negativas com os domínios pessoal e global.

Aparentemente, não seria espectável encontrarmos estes dados. A mudança de contexto social é identificada em diferentes estudos como um fator de risco para o desenvolvimento de angústia espiritual,⁸⁵ o que nos levaria a considerar que a existência destas correlações se devesse a tal facto, porém, nesta amostra verificamos o oposto. Por outro lado, é conhecida a importância da vivência comunitária na vida dos idosos. Está inclusivamente descrito que o isolamento social tem um forte impacto no idoso, cuja espiritualidade habitualmente passa pelo sentimento de pertença, por ser e sentir-se comunidade.²⁷ Salientamos ainda que 20 pessoas referiram que o motivo de entrada no lar foi “viver sozinho(a)”, das quais duas especificaram a “solidão” como principal motivo. Acreditávamos que a atual vivência, em contexto de comunidade, com uma

grande oferta de interação social influíssem positivamente neste domínio, mas tal não se verificou.

Num estudo realizado em lares de idosos na Austrália, a participação frequente em atividades diárias religiosas e não religiosas resultou em maiores pontuações de *coping* espiritual. A par disso, a presença de um enfermeiro de referência (como acontece na amostra do estudo) parece facilitar a adaptação dos idosos à instituição, dada a maior facilidade em estabelecer e fortificar uma relação terapêutica de confiança.¹⁵⁰

Neste mesmo estudo, a segurança percebida pelos idosos e o contentamento com a instituição foram identificados como importantes facilitadores da sua integração no lar, da sua aceitação e da superação dos aspetos negativos da sua institucionalização, conferindo a sensação de uma vida significativa.¹⁵⁰

Não podemos, no entanto, ignorar que a faixa etária apresenta uma correlação moderada positiva com o tempo de institucionalização. É possível ainda verificar que cerca de metade da amostra (n=24) tem mais de 85 anos e que, se ampliarmos este intervalo para a classe dos *oldest-old*, ou seja, para as pessoas com mais de 80 anos, contabilizaremos 34 residentes. Um estudo americano com 235 idosos afirma que existe uma relação positiva entre o crescimento espiritual e a capacidade de se cuidar autonomamente.¹ O que nos leva a suspeitar que estas correlações negativas poderão estar influenciadas por outros fatores, como a possibilidade de agravamento da sua situação de saúde ou de diminuição da sua autonomia.

A variável felicidade subjetiva, neste estudo, apresentou uma média de 4,02 num máximo de 7 (s=0,93), uma pontuação mínima de 1,25 e máxima de 5,75.

A atualidade científica mostra que a felicidade varia ao longo do ciclo vital e alguns estudos fundamentam inclusive que pode existir um incremento da mesma na velhice.¹³⁶⁻¹³⁸ Um estudo que comparou a felicidade autorreferida de jovens adultos e de idosos confirmou existir um aumento da felicidade com a idade, mas tanto os participantes mais jovens quanto os mais velhos, nas suas perceções sobre felicidade ao longo da vida, acreditavam no declínio da felicidade com a idade.¹³⁶

Apesar destes dados serem contrastantes com os nossos resultados, que indicam que a felicidade subjetiva apresenta uma correlação baixa negativa com a idade, os resultados dos estudos são divergentes no que toca à trajetória da felicidade, uns indicam que declina após os 65 anos, outros argumentam que se mantém estável.³⁵

Em Taiwan, foi realizado um estudo com 3.363 idosos acompanhados durante 8 anos, que determinou que as percepções da felicidade futura foram independentemente relacionadas com o número de limitações de mobilidade que se desenvolveram durante esse período, mas apenas para os participantes que não possuíam limitações de mobilidade no início da investigação.¹³¹

Os idosos tendem a focar-se mais no passado e os jovens tendem a concentrar-se mais no futuro. Isso permite que os mais velhos façam um uso seletivo das memórias pessoais, através de um exercício de reminiscência positiva.^{138,151} Um grupo de investigadores desenvolveu um programa com 46 participantes dos 60 aos 93 anos, com o objetivo de potenciar as emoções positivas através da reminiscência. Como nem todas as memórias autobiográficas são agradáveis e potenciadoras da felicidade, recorreram ao desenvolvimento da gratidão e ao uso do perdão para melhorar e moldar as memórias dos participantes. O aumento da gratidão intensificou as lembranças positivas do passado, enquanto o perdão transformou a amargura em lembranças neutras ou mesmo positivas. No final do programa, verificaram-se níveis de felicidade superiores.¹³⁸

O mesmo estudo indica que a felicidade se correlaciona positivamente com a saúde, com a qualidade de vida, as boas relações sociais e familiares, o apoio social e altos níveis de atividade e habilidades pessoais dos idosos. No entanto, é importante ajudar os idosos a desenvolver estratégias e atividades que lhes permitam manter o bem-estar físico e emocional.¹³⁸ Um estudo desenvolvido na Geórgia com 158 centenários sugeriu que a satisfação com a vida vivida está diretamente associada à felicidade presente.³⁵

São diversos os estudos que associam a felicidade a ganhos em saúde. Sugere-se uma relação protetora entre o bem-estar subjetivo e o declínio físico na vida adulta¹³¹ e que o efeito da felicidade sobre a longevidade em populações saudáveis é notavelmente forte, embora não se aplique a pessoas doentes.¹¹⁸ Os mesmos resultados foram encontrados num estudo de 9 anos, com 3966 gémeos dinamarqueses, com mais de 70 anos. Confirmou-se que o bem-estar subjetivo está associado ao aumento da longevidade, independentemente dos fatores genéticos e do meio ambiente.¹³²

Podemos afirmar que o BEE global e todas as suas dimensões se correlacionam positivamente com a variável felicidade subjetiva, excetuando a dimensão transcendental. O BEE global e as suas dimensões pessoal e comunitária apresentam uma correlação moderada e a dimensão ambiental uma correlação baixa.

No Irão foi desenvolvido um estudo com 384 idosos para comparar o bem-estar espiritual e a felicidade dos idosos institucionalizados com aqueles que viviam na comunidade. Dos idosos institucionalizados, 24,4% apresentaram um alto nível de bem-estar espiritual, sendo que os que viviam na comunidade não apresentaram este nível de BEE. Em contrapartida, 71,2% dos idosos residentes na comunidade apresentavam um nível elevado de felicidade, enquanto apenas 3,6% dos outros expressaram um alto nível de felicidade. Foi encontrada uma associação significativa entre o nível de bem-estar espiritual e a felicidade entre os idosos institucionalizados.¹⁵² Um outro estudo realizado em Teerão examinou o bem-estar espiritual dos idosos, relatando que a maioria tinha um nível moderado de bem-estar espiritual, embora a pontuação média fosse significativamente maior entre os idosos institucionalizados.¹⁵³

Os investigadores colocam a hipótese dos idosos que vivem com as suas famílias terem maior apoio social e emocional, o que influencia positivamente os seus níveis de felicidade. Por sua vez, os idosos institucionalizados apresentam mais tempo para procurar um sentido para a vida, o que os levaria a níveis mais altos de BEE.¹⁵²

Apesar das diferenças culturais, sociais e religiosas, bem como o uso de instrumentos de recolha de dados distintos, podemos verificar uma semelhança de resultados. Tal como no nosso estudo, os idosos iranianos apresentam níveis de bem-estar espiritual superiores aos níveis de felicidade.¹⁵² Porém, a justificação apresentada pelos investigadores não pode ser transposta linearmente para a população portuguesa, onde se verifica um isolamento crescente da população idosa, espelhado neste estudo através do elevado número de pessoas institucionalizadas por viverem sozinhas. A escala de BEE usada no estudo iraniano também não contempla as quatro dimensões propostas por Fisher,¹⁰⁰ o que não permite perceber a influência das diferentes dimensões do bem-estar espiritual.

No estudo de validação do SWBQ para a população germânica (SWBQ-G) verificou-se que as subescalas pessoal e comunitária estavam associadas à felicidade, o que evidencia a importância relacional do bem-estar espiritual.¹⁵⁴ Também no estudo de validação para a população portuguesa se verifica uma associação entre o BEE e a felicidade, não especificando a influência de um domínio específico.⁹⁸

Os dados encontrados no nosso estudo são corroborados com a versão original de Fisher, que também encontrou uma correlação positiva entre todos os domínios do BEE,

incluindo o bem-estar espiritual global e a felicidade, excetuando o domínio transcendental que não aparenta correlacionar-se.¹⁰⁰

A velhice é vista como um estágio de desenvolvimento psicossocial, durante o qual há um aumento da consciência da finitude e onde precipita a necessidade de encontrar felicidade³⁵ e sentido para a vida.⁷⁵

A presença de dados que nos desinstalam terá de ser percebida como uma fecunda área de ação, com o desenvolvimento de intervenções planejadas, executadas e avaliadas com o rigor científico e metodológico da disciplina de enfermagem, pois está estudado que as intervenções espirituais têm efeito no BEE dos doentes.^{76,87,155}

Uma vez que a dimensão espiritual, de todas as dimensões humanas, é a única que tem potencial para se desenvolver com a idade,⁸⁵ é natural e desejável que a presente discussão nos incite à reflexão e ao questionamento, com vista ao conhecimento objetivo da realidade assistencial e à melhoria contínua dos cuidados.

Diferentes estudos têm assinalado o impacto positivo do BEE na saúde, relacionando-o com a diminuição da ansiedade²¹ e da depressão^{21,79} em idosos. Indicam que, em contexto de doenças crónicas, ajuda na adaptação à doença, no aumento da esperança, da qualidade de vida,²⁷ do otimismo, da autoestima e da função de pessoas com dores.¹¹ Existe até quem defenda que a espiritualidade deve fazer parte integrante dos cuidados de saúde, não só pelo impacto positivo, mas também pela sua componente preventiva.²⁴

Porém, sublinhamos que, apesar do incremento da investigação científica ser considerável na área da espiritualidade em saúde, existem poucos estudos que englobem os idosos e as suas particularidades.^{1,2}

Também a investigação científica sobre felicidade cresceu nos últimos anos e em diferentes áreas.¹¹² Um estudo desenvolvido em Portugal, com doentes oncológicos, fortaleceu a evidência de que a promoção da felicidade tem forte impacto na qualidade de vida dos doentes e ajuda-os a suportar os momentos de crise.^{13,156}

Perante a evidência da influência da felicidade em diferentes áreas da saúde, Veenhoven sugere que os serviços e as políticas de saúde pública apostem em programas de saúde que promovam e potenciem a felicidade.¹¹⁸

Até onde sabemos, não existem estudos similares disponíveis e este foi o primeiro estudo, em Portugal, a investigar as duas variáveis simultaneamente numa amostra de idosos institucionalizados.

Foi com base nesta preocupação, de saber se os idosos institucionalizados encontram significado e propósito para as suas vidas e se se consideram felizes, que o presente estudo foi desenvolvido. Contudo, dada a limitação no tamanho da amostra que impede a generalização dos resultados obtidos neste estudo, sugere-se que o mesmo seja replicado noutros contextos e com uma amostra maior.

Embora escasseiem os estudos que englobem idosos, sobretudo no contexto ocidental, os resultados da evidência científica são animadores. Acreditamos, e a evidência científica corrobora esta conclusão, que é possível prestar melhores cuidados e planear programas e intervenções que potenciem o aumento do bem-estar espiritual^{68,75,87,93,94} e da felicidade.^{32,157,158}

Assim, a promoção do bem-estar espiritual e da felicidade dos idosos deve ser promovida por políticas de saúde^{7,8,22,23,76,97,159} e pelo incentivo à formação académica dos profissionais,^{2,7,22,76,85,160,161} mas também deve ser uma prioridade dos profissionais de saúde, através do desenvolvimento de competências, de estratégias e da implementação de intervenções adequadas.^{68,75,87,93,94,152,160}

Intervenções simples como estar presente, escutar, respeitar e apoiar os valores, crenças e conexões da pessoa são extremamente importantes para ajudar a reduzir o sofrimento e promover o bem-estar espiritual.^{69,75,87,156}

Lyubomirsky *et al.* sugerem o recurso a atividades positivas como redação de cartas de gratidão, enumeração de bênçãos, realização de atos de bondade e de solidariedade, reminiscência positiva, saborear experiências positivas, construir pontos fortes e nutrir relacionamentos, como impulsionadoras da felicidade.^{10,115,126,136,157}

Conhecida a correlação positiva entre o bem-estar espiritual e a felicidade, bem como a existência de intervenções testadas em estudos anteriores que podem ser aplicadas com sucesso nos dois domínios, o presente estudo perspectiva excelentes oportunidades para melhorar o bem-estar espiritual e a felicidade dos idosos, prevenindo e aliviando o seu sofrimento, através da dignificação das suas vidas até à finitude, objetivo central dos cuidados paliativos.

CONCLUSÃO

Com o aumento da esperança média de vida e o acentuado envelhecimento populacional, acentuam-se as necessidades de cuidados em final de vida. A institucionalização dos idosos surge como resposta à nova realidade social e assistencial e os cuidados paliativos tornam-se imprescindíveis na prevenção e alívio do sofrimento, no controlo sintomático e na melhoria da qualidade de vida perante a inevitabilidade da finitude da vida.

As questões espirituais sobre o sentido e propósito da vida intensificam-se e a necessidade de encontrar felicidade no momento presente pode converter-se num grande desafio.

O presente estudo, impulsionado pela consciencialização desta nova realidade, teve como objetivo avaliar o bem-estar espiritual e a felicidade subjetiva de pessoas idosas institucionalizadas num lar da cidade de Lisboa, bem como analisar a relação entre o bem-estar espiritual e a felicidade subjetiva.

A amostra estudada evidenciou níveis médio-elevados de bem-estar espiritual, avaliado segundo o SWBQp, e níveis medianos de felicidade subjetiva, pela Escala de Felicidade Subjetiva. Das quatro dimensões de BEE – pessoal, comunitária, ambiental e transcendental –, a dimensão pessoal foi a que obteve um valor mais baixo, enquanto a transcendental obteve a pontuação mais elevada.

O BEE e a felicidade apresentam uma correlação moderada positiva, não sendo possível, no entanto, compreender qual a direção da relação. O BEE tem uma correlação moderada positiva com todas as suas dimensões, enquanto a felicidade correlaciona-se positivamente com todas as dimensões do BEE, à exceção da dimensão transcendental.

O estudo é limitado pelo seu desenho transversal e pela dimensão da amostra, que apesar de ter respondido a critérios definidos, concretos e adequados ao objetivo, resultou em 49 participantes. Devido a algumas limitações físicas ou literárias dos participantes a investigadora preencheu alguns inquéritos com as respostas dos mesmos, mas acredita-se que estas não tenham sido enviesadas dada a prévia relação de confiança. A investigadora principal pertencer à equipa de enfermagem também pode constituir uma limitação ao presente estudo. A aparente insuficiente validação do SWBQ para a população idosa, denunciada pela autora da sua validação para português, também pode ser uma limitação do estudo. Embora as conclusões retiradas se limitem à

amostra, não sendo passíveis de generalização, os resultados obtidos devem suscitar interrogações e estudos mais alargados.

A escassez de estudos que englobam o bem-estar espiritual e a felicidade em idosos, bem como os resultados obtidos, devem motivar-nos a desenvolver estudos experimentais e longitudinais, com amostras mais amplas e de diferentes contextos. Também a presença de uma correlação positiva entre as variáveis e a existência de um vasto leque de intervenções, testadas noutras circunstâncias e que são comuns ou muito parecidas às duas áreas de intervenção, devem ser estudadas, com vista ao desenvolvimento de programas de intervenção potenciadores de melhores níveis de felicidade e BEE.

O desenvolvimento deste estudo deverá incitar a comunidade científica e os profissionais de saúde a uma maior atenção pela promoção do bem-estar espiritual e da felicidade em fim de vida, através do desenvolvimento de estudos e projetos aplicáveis à prática clínica, sobretudo na população geriátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mackinlay E, Hudson R. A review of the literature in 2006. *Int J Older People Nurs* [Internet]. 2008;3(2):139–44. Available from: <http://ezproxy.stir.ac.uk/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=20925904&site=eds-live>
2. MacKinlay E. Practice development in aged care nursing of older people: the perspective of ageing and spiritual care. *Int J Older People Nurs* [Internet]. 2008 Jun;3(2):151–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20925906>
3. Hudson R. Application to practice guidelines. *Int J Older People Nurs* [Internet]. 2008;3(2):145–50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20925905>
4. World Health Organization. The solid facts: Palliative care [Internet]. Davies E, Higginson IJ, editors. Milão: World Health Organization; 2004. 1-35 p. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98418/E82931.pdf?ua=1
5. World Health Organization Regional Office for Europe. Palliative Care for Older People: Better Practices [Internet]. Hall S, Petkova H, Tsouros AD, Costantini M, Higginson IJ, editors. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2011. 67 p. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/107290>
6. NETO IG. Princípios e filosofias dos cuidados paliativos. In: Barbosa A, Neto IG, editors. *Manual de Cuidados Paliativos. 2ª*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa; 2010. p. 1–42.
7. Vermandere M, Lepeleire J De, Smeets L, Hannes K, Van Mechelen W, Warmenhoven F, et al. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2011;November(61):749–60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3207093/>
8. Edwards A, Pang N, Shiu V, Chan C. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliat Med* [Internet]. 2010;24(8):753–70. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0269216310375860#>
9. Almeida A. A Pessoa Idosa institucionalizada em lares [Internet]. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2008. Available from: [https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7218/3/Tese final II.pdf](https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7218/3/Tese%20final%20II.pdf)
10. Nelson SK, Lyubomirsky S. Finding happiness: Tailoring positive activities for optimal well-being benefits. In: Tugade M, Shiota M, Kirby L, editors. *Handbook of positive emotions*. 1st ed. New York: Guilford; 2014. p. 275–93.
11. Siddall PJ, Lovell M, Macleod R. Spirituality: What is its role in pain medicine? *Pain Med* [Internet]. 2015;16(1):51–60. Available from: <https://academic.oup.com/painmedicine/article/16/1/51/2460400>
12. Caldeira S, Castelo Branco Z, Vieira M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2011;III Série(5):145–52. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn5/serIIIIn5a15.pdf>
13. Romeiro J, Martins H, Pinto S, Caldeira S. Review and Characterization of Portuguese Theses, Dissertations, and Papers about Spirituality in Health. *Religions* [Internet]. 2018;9(271):22. Available from: https://www.researchgate.net/publication/327586215_Review_and_Characterization_of_Portuguese_Theses_Dissertations_and_Papers_about_Spirituality_in_Health

14. Direção Geral da Saúde. Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes [Internet]. Direcção-Geral da Saúde. 1998 [cited 2015 Jan 15]. Available from: <http://www.dgs.pt/prestacao-de-cuidados-de-saude/direitos-e-deveres-dos-doentes.aspx>
15. Ministério da Saúde. Carta dos direitos do doente internado [Internet]. Direcção-Geral da Saúde. 2005 [cited 2016 Dec 13]. Available from: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
16. Ordem dos Enfermeiros. Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos [Internet]. Ordem dos Enfermeiros; 2005 [cited 2017 Jul 26]. Available from: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CodigoDeontologicoEnfermeiro_edicao2005.pdf
17. Caldeira S, Simões Figueiredo A, da Conceição A, Ermel C, Mendes J, Chaves E, et al. Spirituality in the Undergraduate Curricula of Nursing Schools in Portugal and São Paulo-Brazil. *Religions* [Internet]. 2016 Nov 8;7(11):134. Available from: <http://www.mdpi.com/2077-1444/7/11/134>
18. Puchalski CM. Spirituality in Geriatric Palliative Care. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2015 May;31(2):245–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2015.01.011>
19. Caldeira S, Pinto S, Capelas ML. Implementing spiritual care at the end of life: Portugal. *Eur J Palliat Care* [Internet]. 2017;24(4):175–6. Available from: https://www.researchgate.net/publication/320101149_Implementing_spiritual_care_at_the_end_of_life_Portugal
20. Cervelin AF, Kruse MH. Espiritualidade e religiosidade nos cuidados paliativos: conhecer para governar. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2014;18(1):136–42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0136.pdf>
21. Sánchez R, Sierra F, Zárate K. ¿Son la religiosidad y la espiritualidad dimensiones diferentes? *Rev Colomb Cancerol* [Internet]. 2014 Jun;18(2):62–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0123901514000067>
22. Koenig HG. Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice. *South Med J* [Internet]. 2004;97(12):1194–200. Available from: <http://sma.org/southern-medical-journal/article/religion-spirituality-and-medicine-research-findings-and-implications-for-clinical-practice>
23. Puchalski CM. Spirituality as an essential domain of palliative care: Caring for the whole person. *Prog Palliat Care* [Internet]. 2012;20(2):63–5. Available from: <http://www.maneyonline.com/doi/abs/10.1179/0969926012Z.00000000028>
24. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. *J Palliat Med* [Internet]. 2014;17(6):642–56. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2014.9427>
25. Sinclair S, Pereira J, Raffin S. A thematic review of the spirituality literature within palliative care. *J Palliat Med* [Internet]. 2006;9(2):464–79. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Shane_Sinclair/publication/7150288_A_Thematic_Review_of_the_Spirituality_Literature_within_Palliative_Care/links/565b960208ae1ef92980f904/A-Thematic-Review-of-the-Spirituality-Literature-within-Palliative-Care.pdf?orig
26. Braz Evangelista C, Emília M, Lopes L, Fátima S, Da Costa I G, Serpa De Souza Batista P, et al. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015;69(3):554–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324i>

27. Bephage G. Promoting spiritual comfort in palliative care settings. *Nurs Resid Care* [Internet]. 2009;11(9):463–6. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=7446049b-b761-4666-9331-4d2d9f5051fc%40sessionmgr101>
28. Panzini RG, Bandeira DR. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev Psiquiatr Clínica* [Internet]. 2007;34(1):126–35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a16v34s1.pdf>
29. Lyubomirsky S, Dickerhoof R. A Construal Approach to Increasing Happiness. In: Tangney J, Maddux JE, editors. *Social psychological foundations of clinical psychology*. 1st ed. New York: Guilford Press; 2010. p. 229–44.
30. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol* [Internet]. 2001;56(3):218–26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122271/>
31. Lyubomirsky S. Why Are Some People Happier Than Others? - The role of cognitive and motivational processes in well-being. *Am Psychol* [Internet]. 2001;56(3):239–49. Available from: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0003-066X.56.3.239>
32. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychol Bull* [Internet]. 2005;131(6):803–55. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.131.6.803>
33. Jacobs KM, Lyubomirsky S. The Rewards of Happiness. In: Boniwell I, David SA, Ayers AC, editors. *The Oxford Handbook of Happiness* [Internet]. 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 119–33. Available from: <http://sonjalyubomirsky.com/wp-content/themes/sonjalyubomirsky/papers/JL2012.pdf>
34. World Health Organization. Long-term-care systems [Internet]. World Health Organization; 2017 [cited 2017 Apr 25]. Available from: <http://www.who.int/ageing/long-term-care/en/>
35. Bishop AJ, Martin P, MacDonald M, Poon L. Predicting happiness among centenarians. *Gerontology* [Internet]. 2010;56(1):88–92. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2874733/>
36. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* [Internet]. 2009;374(9696):1196–208. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2810516/>
37. National Institute on Aging, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. *Global Health and Aging* [Internet]. National Institutes of Health, editor. Vols. 11–7737. World Health Organization; 2011. 1-32 p. Available from: <papers2://publication/uuid/150A301A-0A61-489C-80D4-3C889BE672E2>
38. Morrison RS. Research Priorities in Geriatric Palliative Care: An Introduction to a New Series. *J Palliat Med* [Internet]. 2013;16(7):726–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3717194&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
39. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* [Internet]. 2013;380(9859):2095–128. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61728-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61728-0/fulltext)

40. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* [Internet]. 2015;385(9963):117–71. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61682-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61682-2)
41. World Health Organization. *Mejores Cuidados Paliativos para Personas Mayores* [Internet]. Davies E, Higginson IJ, editors. Milán: World Health Organization; 2004. 40 p. Available from: <https://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MejoresCuidadosPaliativos.pdf>
42. Silva CMJS. Espiritualidade e religiosidade das pessoas idosas: consequências para a saúde e bem-estar [Internet]. Universidade Católica Portuguesa; 2012. Available from: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/10886>
43. Fundação Francisco Manuel dos Santos. *PORDATA - Base de Dados de Portugal Contemporâneo* [Internet]. [cited 2016 Jul 9]. Available from: <http://www.pordata.pt/>
44. Direção de Serviços de Informação e Análise. Portugal - Idade maior em números, 2014: A saúde da população portuguesa com 65 ou mais anos de idade [Internet]. Direção-Geral da Saúde. Lisboa; 2014. Available from: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-idade-maior-em-numeros-2014.aspx>
45. World Health Organization. *Active ageing: a policy framework* [Internet]. Madrid; 2012. p. 60. Available from: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_378_en.pdf
46. Direção Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016* [Internet]. 2012 [cited 2016 Jul 9]. Available from: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
47. World Health Organization. *Definition of an older or elderly person* [Internet]. [cited 2016 Jul 15]. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
48. Schneider RH, Irigaray TQ. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estud Psicol* [Internet]. 2008;25(4):585–93. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000400013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
49. Instituto Nacional de Estatística. *Sistema Integrado de Metainformação - conceitos* [Internet]. [cited 2017 Apr 25]. Available from: <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/5700>
50. Sequeira A, Silva MN. O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica* [Internet]. 2002;20(3):505–16. Available from: publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/download/336/pdf%0A
51. Daniel F, Antunes A, Amaral I. Representações Sociais da Velhice. *Análise Psicológica* [Internet]. 2015 Sep 23;33(3):291–301. Available from: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/972>
52. Organização Mundial de Saúde. *Resumo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde* [Internet]. Organização Mundial de Saúde. Estados Unidos da América; 2015. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6
53. Soares A de S, Amorim MI. Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas. *Rev Port Enferm Saúde Ment* [Internet]. 2015;(Edição Especial 2):45–51. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000100008

54. Agostinho P. Perspectiva psicossomática do envelhecimento. Rev Port Psicossomática [Internet]. 2004;6(1):31–6. Available from: [http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/12186/material/\(Texto 3\) PERPECTIVA PSICOSSOMÁTICA DO ENVELHECIMENTO.pdf](http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/12186/material/(Texto 3) PERPECTIVA PSICOSSOMÁTICA DO ENVELHECIMENTO.pdf)
55. Freitas EV de, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, editors. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
56. Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. 2004; Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>
57. World Health Organization Regional Office for Europe. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being [Internet]. Paris; 2013. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/199536/Health2020-Short.pdf?ua=1
58. Álvarez EL, Zaragoza JA. Cuidados Paliativos en el Anciano [Internet]. Guías Médicas - Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Available from: <http://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-EN-EL-ANCIANO>
59. Goldstein NE, Morrison RS. The intersection between geriatrics and palliative care: A call for a new research agenda. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2005;53(9):1593–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16137293>
60. Ritchie CS, Zulman DM. Research Priorities in Geriatric Palliative Care: Multimorbidity. J Palliat Med [Internet]. 2013;16(8):843–7. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3717194&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
61. Kapo J, Morrison LJ, Liao S. Palliative care for the older adult. J Palliat Med [Internet]. 2007;10(1):185–209. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2006.9989>
62. GBD 2016 Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 [Internet]. Vol. 390, The Lancet. 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5605883/pdf/main.pdf>
63. Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional de Cuidados Paliativos [Internet]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2005. 20 p. Available from: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx>
64. Lo RSK, Woo J. Palliative care in the elderly. J Hong Kong Geriatr Soc [Internet]. 2000;10(1):16–24. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=1992134280&lang=es&site=ehost-live>
65. Moretti JR. Cuidados paliativos en geriatría. In: Cuidados Quirúrgicos en Geriatría. 1ª. Mediterráneo; 2011. p. 174–85.
66. Hanson LC, Henderson M, Menon M. As individual as death itself: a focus group study of terminal care in nursing homes. J Palliat Med [Internet]. 2002 Feb;5(1):117–25. Available from: <http://www.liebertpub.com/doi/10.1089/10966210252785088>
67. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos [Internet]. [cited 2017 Dec 12]. Available from: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/por.pdf

68. Mendes A. Diagnóstico espiritual e respectiva intervenção no doente e na prática. *Cad Saúde* [Internet]. 2011;4(1):53–62. Available from: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/12501%0A>
69. Miner-Williams D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. *J Clin Nurs* [Internet]. 2006 Jul;15(7):811–21. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2006.01351.x>
70. Hennezel M de, Leloup J-Y. A arte de morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista perante a morte nos dias de hoje. Lisboa: Editorial Notícias; 1998. 171 p.
71. Dijoseph J, Cavendish R. Expanding the dialogue on prayer relevant to holistic care. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2005;19(4):147-54; quiz 154-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16006827>
72. Vachon M, Fillion L, Achille M. A conceptual analysis of spirituality at the end of life. *J Palliat Med* [Internet]. 2009;12(1):53–9. Available from: https://www.researchgate.net/publication/24198998_A_Conceptual_Analysis_of_Spirituality_at_the_End_of_Life/download
73. Timmins F, Caldeira S. Understanding spirituality and spiritual care in nursing. *Nurs Stand* [Internet]. 2017 Jan 25;31(22):50–7. Available from: <http://journals.rcni.com/doi/10.7748/ns.2017.e10311>
74. Fisher J. The Four Domains Model: Connecting Spirituality, Health and Well-Being. *Religions* [Internet]. 2011 Jan 11;2(1):17–28. Available from: <http://www.mdpi.com/2077-1444/2/1/17/>
75. Caldeira S. A espiritualidade no cuidar: um imperativo ético. Lisboa: Coisas de Ler; 2011. 128 p.
76. Caldeira S, Carvalho EC de, Vieira M. Entre o bem-estar espiritual e a angústia espiritual : possíveis fatores relacionados a idosos com cancro. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2014;22(1):1–7. Available from: www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00028.pdf
77. Grupo de trabajo sobre Espiritualidad en Cuidados Paliativos de la SECPAL. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos - una introducción y una propuesta [Internet]. 2008. Available from: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo_9.pdf
78. Koenig HG. Religion, spirituality, and medicine: how are they related and what does it mean? *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2001;76(12):1189–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.4065/76.12.1189>
79. Gaskamp C, Sutter R, Meraviglia M, Adams S, Titler MG. Evidence-based guideline: Promoting spirituality in the older adult. *J Gerontol Nurs* [Internet]. 2006 Nov;32(11):8–13. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009340401&site=ehost-live>
80. Chochinov HM. Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2006;56(2):84-103; quiz 104-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16514136>
81. Chochinov HM, Krisjanson LJ, Hack TF, Hassard T, McClement S, Harlos M. Dignity in the terminally ill: revisited. *J Palliat Med* [Internet]. 2006 Jun;9(3):666–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16752972>
82. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. In: World Health Organization, editor. Basic Documents. 47th ed. 2009. p. 1–18.

83. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care [Internet]. WHO. World Health Organization; [cited 2017 Jul 26]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
84. Sousa AGDE. O cuidar como relação de ajuda - Por uma ética teológica do cuidar. Editorial Cáritas; 2016.
85. Meraviglia M, Sutter R, Gaskamp CD, Adams S, Titler MG. Providing Spiritual Care to Terminally Ill Older Adults. *J Gerontol Nurs* [Internet]. 2008 Jul 1;34(7):8–14. Available from: <http://www.healio.com/doiresolver?doi=10.3928/00989134-20080701-08>
86. Conceição AP da. A Competência para o Cuidado Espiritual em Enfermagem [Internet]. Universidade Católica Portuguesa; 2014. Available from: [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18292/1/TESE DE DOUTORAMENTO%272014.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18292/1/TESE_DE_DOUTORAMENTO%272014.pdf)
87. Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing : a concept analysis. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2014;61(2):211–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24712404>
88. Timmins F, Caldeira S. Assessing the spiritual needs of patients. *Nurs Stand* [Internet]. 2017 Mar 15;31(29):47–53. Available from: <http://journals.rcni.com/doi/10.7748/ns.2017.e10312>
89. Brémault-Phillips S, Olson J, Brett-MacLean P, Oneschuk D, Sinclair S, Magnus R, et al. Integrating Spirituality as a Key Component of Patient Care. *Religions* [Internet]. 2015;6(2):476–98. Available from: <http://www.mdpi.com/2077-1444/6/2/476/>
90. Rykkje L, Eriksson K, Rahlm M-B. A Qualitative Metasynthesis of Spirituality from a Caring Science Perspective. *Int J Hum Caring* [Internet]. 2011;15:40–53. Available from: https://www.researchgate.net/publication/311739771_A_Qualitative_Metasyntesis_of_Spirituality_from_a_Caring_Science_Perspective
91. Diário da República. Lei n° 16/2001 - Lei da Liberdade Religiosa [Internet]. 2001 [cited 2018 Aug 1]. Available from: <https://dre.pt/application/conteudo/362699>
92. Vitillo R, Puchalski C. World Health Organization Authorities Promote Greater Attention and Action on Palliative Care. *J Palliat Med* [Internet]. 2014;17(9):988–9. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2014.9411>
93. Caldeira S, Timmins F. Implementing spiritual care interventions. *Nurs Stand* [Internet]. 2017;31(34):54–60. Available from: https://www.researchgate.net/publication/316248865_Implementing_spiritual_care_interventions
94. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med* [Internet]. 2009;12(10):885–904. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19807235>
95. Winslow GR, Wehtje-Winslow BJ. Ethical boundaries of spiritual care. *Med J Aust* [Internet]. 2007;186:S63-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17516888>
96. Keall R, Clayton JM, Butow P. How do Australian palliative care nurses address existential and spiritual concerns? Facilitators, barriers and strategies. *J Clin Nurs* [Internet]. 2014;23(21–22):3197–205. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25453124>

97. Selman L, Young T, Vermandere M, Stirling I, Leget C. Research priorities in spiritual care: An international survey of palliative care researchers and clinicians. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2014;48(4):518–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.10.020>
98. Gouveia MJ, Marques M, Pais-Ribeiro JL. Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicol Saúde Doenças* [Internet]. 2009;10(2):285–93. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862009000200012
99. Herrera B. Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. *Aquichan* [Internet]. 2009;9(1):8–22. Available from: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74111465003.pdf>
100. Gomez R, Fisher JW. Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2003 Dec;35(8):1975–91. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019188690300045X>
101. Caldeira S, Timmins F, de Carvalho EC, Vieira M. Spiritual Well-Being and Spiritual Distress in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: Utilizing the SWBQ as Component of Holistic Nursing Diagnosis. *J Relig Health* [Internet]. 2017 Aug 13;56(4):1489–502. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-017-0390-4>
102. Chaves LJ, Gil CA. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015;20(12):3641–52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203641&lng=pt&nrm=iso&tIng=en
103. Puchalski CM. The spiritual dimension: the healing force for body and mind. *Cons-Ciências: Actas do Fórum Internacional Ciência, Religião e Consciência* [Internet]. 2004;173–95. Available from: <http://hdl.handle.net/10284/777>
104. Benito E, Barbero J. El sufrimiento en clínica - Incorporando las tradiciones de sabiduría. In: Benito E, Barbero J, Dones M, editors. *Espiritualidad en Clínica - una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos*. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos, SECPAL; 2014. p. 1–289.
105. Peixoto MJ, Borges E. O sofrimento no contexto da doença. *Rev Port Enferm Saúde Ment* [Internet]. 2011;6:36–9. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602011000200006
106. Lyubomirsky S, Lepper HS. A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Soc Indic Res* [Internet]. 1999;46(2):137–55. Available from: <http://link.springer.com/10.1023/A:1006824100041>
107. Ferraz RB, Tavares H, Zilberman ML. Felicidade: Uma revisão. *Rev Psiquiatr Clínica* [Internet]. 2007;34(5):234–42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000500005
108. Diener E, Scollon CN, Lucas RE. The Evolving Concept of Subjective Well-Being: The Multifaceted Nature of Happiness. In: Diener E, editor. *Assessing Well-Being: The Collected Works of Ed Diener* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2009. p. 67–100. (Social Indicators Research Series; vol. 39). Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-90-481-2354-4>
109. Assembleia Geral das Nações Unidas. La felicidad: hacia un enfoque holístico del desarrollo - Nota del Secretario General. 2013;A/67/697. Available from: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/697&referer=http://research.un.org/en/happiness&Lang=S

110. Assembleia da República. Constituição da República Portuguesa: VII Revisão Constitucional [Internet]. [cited 2017 Apr 6]. Available from: <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>
111. Pais-Ribeiro JL. Validação transcultural da Escala de Felicidade Subjectiva de Lyubomirsky e Lepper. *Psicol Saúde Doenças* [Internet]. 2012;13(2):157–68. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862012000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
112. Seligman MEP. *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. 2nd ed. Atria Books; 2004. 336 p.
113. Assembleia Geral das Nações Unidas. Resolución aprobada por la Asamblea General el 19 de julio de 2011 - 65/309. La felicidad: hacia un enfoque holístico del desarrollo La [Internet]. Vol. A/RES/65/3. 2011. Available from: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/65/309>
114. Assembleia Geral das Nações Unidas. Resolución aprobada por la Asamblea General el 28 de junio de 2012 - 66/281. Día Internacional de la Felicidad [Internet]. Vol. A/RES/66/2. 2012. Available from: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/66/281>
115. Lyubomirsky S, Sheldon KM, Schkade D. Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Rev Gen Psychol* [Internet]. 2005;9(2):111–31. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1089-2680.9.2.111>
116. Porto Editora. Felicidade [Internet]. Dicionário infopédia da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico. Porto Editora; 2017 [cited 2017 Jul 17]. Available from: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/felicidade>
117. Veenhoven R. Happiness. In: Michalos AC, editor. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014. p. 2637–41. Available from: http://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007%2F978-94-007-0753-5_1519#
118. Veenhoven R. Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *J Happiness Stud* [Internet]. 2008 Sep 28;9(3):449–69. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10902-006-9042-1>
119. Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull* [Internet]. 1984;95(3):542–75. Available from: <https://psycnet.apa.org/buy/1984-23116-001>
120. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychol Bull* [Internet]. 1999;125(2):276–302. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.125.2.276>
121. Diener E, Lucas RE, Oishi S. Subjective Well-Being The Science of Happiness and Life Satisfaction. In: Lopez SJ, Snyder CR, editors. *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press; 2002. p. 63–73.
122. Helliwell J, Layard R, Sachs J. *World Happiness Report 2017* [Internet]. New York: Sustainable Development Solutions Network; 2017. Available from: <http://worldhappiness.report/wp-content/uploads/sites/2/2017/03/HR17.pdf>
123. Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *Am Psychol* [Internet]. 2000;55(1):34–43. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0003-066X.55.1.34>
124. Seligman MEP, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *Am Psychol* [Internet]. 2005;60:410–21. Available from: https://www.researchgate.net/publication/7701091_Positive_Psychology_Progress_Empirical_Validation_of_Interventions

125. Schiffrin HH, Nelson SK. Stressed and Happy? Investigating the Relationship Between Happiness and Perceived Stress. *J Happiness Stud* [Internet]. 2010 Mar 11;11(1):33–9. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10902-008-9104-7>
126. Layous K, Lyubomirsky S. The how, why, what, when, and who of happiness - Mechanisms underlying the success of positive activity interventions. In: Gruber J, Moskowitz JT, editors. *Positive Emotion: Integrating the Light Sides and Dark Sides* [Internet]. New York: Oxford University Press; 2014. p. 473–95. Available from: <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199926725.001.0001/acprof-9780199926725-chapter-25>
127. Fredrickson BL. What Good Are Positive Emotions? *Rev Gen Psychol* [Internet]. 1998 Sep;2(3):300–19. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21850154>
128. Fredrickson BL. Positive Emotions Broaden and Build. In: *Advances in Experimental Social Psychology* [Internet]. 1st ed. Elsevier; 2013. p. 1–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-407236-7.00001-2>
129. Conway AM, Tugade MM, Catalino LI, Fredrickson BL. The broaden-and-build theory of positive emotions: form, function, and mechanisms. In: David SA, Boniwell I, Ayers AC, editors. *The Oxford Handbook of Happiness*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 17–34.
130. Diener E, Lucas RE, Scollon CN. Beyond the Hedonic Treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *Am Psychol* [Internet]. 2006;61(4):305–14. Available from: https://ink.library.smu.edu.sg/cgi/viewcontent.cgi?article=1920&context=soss_research
131. Collins AL, Goldman N, Rodríguez G. Is positive well-being protective of mobility limitations among older adults? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* [Internet]. 2008 Nov;63(6):P321-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19092034>
132. Sadler ME, Miller CJ, Christensen K, McGue M. Subjective wellbeing and longevity: a co-twin control study. *Twin Res Hum Genet* [Internet]. 2011 Jun;14(3):249–56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21623655>
133. Diener E, Chan MY. Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. *Appl Psychol Heal Well-Being* [Internet]. 2011 Mar;3(1):1–43. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
134. Veenhoven R. Happiness measures. In: Michalos AC, editor. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014. p. 2669–74. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-94-007-0753-5>
135. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Personal Assessment* [Internet]. 1985;49(1):71–5. Available from: http://labs.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Diener-Emmons-Larsen-Griffin_1985.pdf
136. Lacey HP, Smith DM, Ubel PA. Hope I die before I get old: mispredicting happiness across the adult lifespan. *J Happiness Stud* [Internet]. 2006;7:167–82. Available from: http://www.surveysampling.com/ssi_
137. Stone AA, Schwartz JE, Broderick JE, Deaton A. A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proc Natl Acad Sci U S A* [Internet]. 2010 Jun 1;107(22):9985–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20479218>
138. Ramírez E, Ortega AR, Chamorro A, Colmenero JM. A program of positive intervention in the elderly: Memories, gratitude and forgiveness. *Aging Ment Heal* [Internet]. 2014;18(4):463–70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24229346>

139. Heidrich SM, Ryff CD. Physical and mental health in later life: The self-system as mediator. *Psychol Aging* [Internet]. 1993;8(3):327–38. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0882-7974.8.3.327>
140. Burkett GL. Classifying Basic Research Designs. *Fam Med* [Internet]. 1990;22(2):143–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2182361>
141. Morgado J, Rocha CS, Maruta C, Guerreiro M, Martins IP. Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse* [Internet]. 2009;9(2):10–6. Available from: http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/709612/description#description
142. Pais-Ribeiro JL. *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. 2nd ed. Lisboa: Placebo; 2010.
143. Andersen-Ranberg K, Petersen I, Robine J-M, Christensen K. Who are the oldest old? In: Börsch-Supan A, Brugiavini A, Jürges H, Mackenbach, J, Siegrist J, Weber G, editors. *Health, Ageing and Retirement in Europe - First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* [Internet]. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging; 2005. p. 35–40. Available from: http://www.share-project.org/uploads/tx_sharepublications/CH_2.2.pdf
144. HelpAge International. *Global AgeWatch Index 2015: Insight report, summary and methodology* [Internet]. Available from: <http://www.helpage.org/global-agewatch/reports/global-agewatch-index-2015-insight-report-summary-and-methodology/>
145. Trotta RL. Quality of death: a dimensional analysis of palliative care in the nursing home. *J Palliat Med* [Internet]. 2007;10(5):1116–27. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17985968>
146. Combs S, Kluger BM, Kutner JS. Research Priorities in Geriatric Palliative Care: Nonpain Symptoms. *J Palliat Med* [Internet]. 2013 Sep;16(9):1001–7. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2013.9491>
147. Direção Geral de Saúde, Saúde SP do M da. *Vigilância de mortalidade - eMortality surveillance* [Internet]. Available from: <https://servicos.min-saude.pt/sico/faces/estatisticas.jsp>
148. Bruera E, Hui D. Palliative care research: Lessons learned by our team over the last 25 years. *Palliat Med* [Internet]. 2013;1–13. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.827.372&rep=rep1&type=pdf>
149. Lia Carina Proença Rodrigues. *A mulher idosa institucionalizada: Saúde mental e bem-estar espiritual* [Internet]. ISPA - Instituto Universitário; 2013. Available from: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2759/1/15092.pdf>
150. Baldacchino DR, Boneilo L, Debattista C. Spiritual coping of older persons in Malta and Australia (part 2). *Br J Nurs* [Internet]. 2014;23(15):843–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25119325>
151. Webster JD, Ma X. A Balanced Time Perspective in Adulthood: Well-being and Developmental Effects. *Can J Aging / La Rev Can du Vieil* [Internet]. 2013 Dec 22;32(04):433–42. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0714980813000500
152. Adib-Hajbaghery M, Faraji M. Comparison of Happiness and Spiritual Well-Being among the Community Dwelling Elderly and those who Lived in Sanitariums. *Int J community based Nurs midwifery* [Internet]. 2015 Jul;3(3):216–26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26171410>

153. Nasiri Z, Dadkhah A, Khodabakhshi Koulai A. Investigate and Comparison Self-Esteem and Happiness Among Residential and Non-Residential Old People. *Iran J Ageing* [Internet]. 2012;7(2):18–25. Available from: <http://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-621-en.html>
154. Rowold J. Effects of Spiritual Well-Being on Subsequent Happiness, Psychological Well-Being, and Stress. *J Relig Health* [Internet]. 2011 Dec 6;50(4):950–63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20052545>
155. Oh P, Kim SH. The Effects of Spiritual Interventions in Patients With Cancer: A Meta-Analysis. *Oncol Nurs Forum* [Internet]. 2014;41(5):290–301. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25158666>
156. Oliveira Pinto SM, Alves Caldeira Berenguer SM, Martins JCA. Cancer, Health Literacy, and Happiness: Perspectives from Patients under Chemotherapy. *Nurs Res Pract* [Internet]. 2013;2013:8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3780657&tool=pmcentrez&endertype=abstract>
157. Lyubomirsky S, Layous K. How Do Simple Positive Activities Increase Well-Being? *Curr Dir Psychol Sci* [Internet]. 2013 Feb;22(1):57–62. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0963721412469809>
158. Sheldon KM, Lyubomirsky S. How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *J Posit Psychol* [Internet]. 2006 Apr;1(2):73–82. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17439760500510676>
159. Nelson SK, Kurtz JL, Lyubomirsky S. What psychological science knows about achieving happiness. In: Lynn SJ, O'Donohue W, Lilienfeld S, editors. *Better, stronger, wiser: Psychological science and well-being* [Internet]. New York: Sage; 2014. p. 250–71. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc11&NEWS=N&AN=2015-27859-010>
160. Doodman P, Safari H. Study of Association between Spiritual Well-Being and Happiness in Male Students in Firouzabad County, Iran. *Heal Spiritual Med Ethics J* [Internet]. 2017;42(2):17–20. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=5bd45d0f-96cc-4ddd-ab97-3f3f505e7685%40pdc-v-sessmgr03&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=123620511&db=ccm>
161. Paal P, Leget C, Goodhead A. Spiritual care education: Results from an EAPC survey. *Eur J Palliat Care* [Internet]. 2015;22(2):91–5. Available from: <https://www.eapcnet.eu/Portals/0/EJPC22%282%29Paal.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. **Idade:** _____ anos

2. **Género:** Feminino Masculino

3. **Estado Civil:**

- Solteiro(a)
- Casado(a) /União de facto
- Divorciado(a)/Separado(a)
- Viúvo(a)

4. **Habilitações literárias:** _____

5. **Principal motivo de entrada no lar:**

6. **Número de anos que vive no lar:** _____

7. **Religião/Credo:** _____

8. **Hábitos de oração**

- Não reza
- Reza ocasional (Menos que uma vez por semana)
- Reza semanal
- Reza várias vezes por semana
- Reza diariamente

APÊNDICE II – CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, abaixo assinado, declaro que fui devidamente esclarecido(a) sobre o projeto de investigação intitulado “*Bem-estar espiritual e felicidade em pessoas idosas institucionalizadas*”.

Foi-me explicado o estudo e os seus objetivos. Tive oportunidade de colocar as minhas dúvidas e todas foram esclarecidas de forma clara e objetiva.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária e que a minha recusa em participar não irá influenciar e/ou afetar os cuidados que me são prestados.

Concordo que os dados obtidos a partir deste estudo possam ser publicados e compreendo que a confidencialidade dos meus dados será sempre mantida.

Sei que se tiver quaisquer dúvidas e/ou questões relacionadas com a minha participação neste estudo, poderei contactar a investigadora, a fim de as esclarecer.

Ao assinar este documento, dou o meu consentimento, livre e esclarecido, para participar neste estudo.

Ser-me-á dada uma cópia deste documento de consentimento informado, datada e assinada.

Ao assinar este documento não estou a prescindir de nenhum dos meus direitos legais.

Eu, abaixo assinado, dou o meu consentimento livre e declaro-me pronto(a) a participar neste estudo.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Investigadora

_____, ____ de _____ de 2016

ANEXOS

ANEXO I – MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____ Em
que mês estamos? _____ Em
que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____ Em
que terra vive? _____ Em
que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra
Gato
Bola

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar". Pêra

Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita__

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve_____

Nota:_____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos_____

Nota:_____

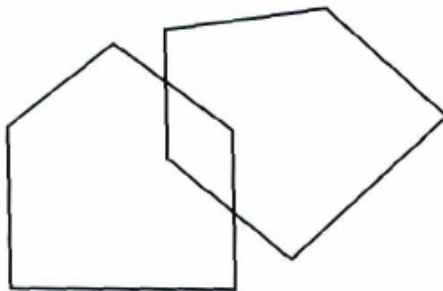
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota:_____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota:_____

TOTAL(Máximo 30 pontos):_____

Considera-se com defeito cognitivo: • analfabetos ≤ 15 pontos

• 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22

• com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

(Guerreiro *et al.*, 1994)

**ANEXO II – VERSÃO PORTUGUESA DO QUESTIONÁRIO DE BEM-ESTAR ESPIRITUAL
(SWBQp) E A AUTORIZAÇÃO DA AUTORA PARA A SUA UTILIZAÇÃO**

Responda utilizando a seguinte escala:

1= muito pouco 2=pouco 3=moderadamente 4=muito 5=muitíssimo

Se lhe parecer mais adequado, pode substituir a palavra “Deus” por “Força Cósmica”, “Universo” ou outra expressão idêntica, cujo significado seja mais relevante para si.

Não perca muito tempo em cada afirmação. A primeira resposta é provavelmente a mais adequada para si.

Em que medida se sente a desenvolver:

	Muito pouco	Pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
1. afeto pelas outras pessoas	1	2	3	4	5
2. uma relação pessoal com o Divino ou Deus	1	2	3	4	5
3. generosidade em relação aos outros	1	2	3	4	5
4. uma ligação com a natureza	1	2	3	4	5
5. um sentimento de identidade pessoal	1	2	3	4	5
6. admiração e respeito pela Criação	1	2	3	4	5
7. espanto e admiração perante uma paisagem deslumbrante	1	2	3	4	5
8. a confiança entre as pessoas	1	2	3	4	5
9. autoconhecimento	1	2	3	4	5
10. um sentimento de união com a natureza	1	2	3	4	5
11. o sentimento de união com Deus	1	2	3	4	5
12. uma relação de harmonia com o ambiente	1	2	3	4	5
13. um sentimento de paz com Deus	1	2	3	4	5
14. alegria na vida	1	2	3	4	5
15. uma vida de meditação e/ou oração	1	2	3	4	5
16. paz interior	1	2	3	4	5
17. respeito pelas outras pessoas	1	2	3	4	5
18. um sentido para a vida	1	2	3	4	5
19. bondade para com os outros	1	2	3	4	5
20. uma sensação de deslumbramento pela natureza	1	2	3	4	5

(Gouveia *et al.*, 2009)

Maria João Gouveia · [REDACTED]

Qui 18/02/2016, 17:55

Cara Margarida

Anexo o instrumento solicitado. Pode assumir esta mensagem como comprovativo de autorização para a sua utilização.

Os artigos da versão original e os artigos publicados sobre a versão portuguesa estão disponíveis nas principais bases de dados, incluindo a Scielo, e através de uma pesquisa EBSCO ou Google scholar.

Os resultados do 1º estudo de validação estão publicados na revista *Psicologia, Saúde e Doenças* (Gouveia, M.J., Marques, M., & Pais-Ribeiro, J.L. (2009). Versão Portuguesa do Questionário de Bem-Estar Espiritual (SWBQ): Análise confirmatória da sua estrutura fatorial. *Psicologia, Saúde e Doenças* 10(2), 285-293.). Outros dados de validação estão igualmente disponíveis em (Gouveia, M.J., Pais-Ribeiro, J.L., & Marques, M. (2012). Estudo da invariância factorial do Questionário de Bem-Estar Espiritual em praticantes de Atividades Físicas de Inspiração Oriental. *Psychology, Community & Health*, 2, 140-150.). Ambas as revistas estão acessíveis, em texto integral. O artigo com a validação da estrutura hierárquica está submetido para publicação.

As instruções de cotação estão disponíveis nesses artigos e resultam da média dos 5 itens de cada uma das 4 sub-escalas (pessoal, comunitária, ambiental e transcendental). Pode também calcular-se um score global.

Personal swb (pessoal) - itens 5, 9, 14, 16, 18

Communal swb (comunitária) - itens 1, 3, 8, 17, 19

Environmental swb (ambiental) - itens 4, 7, 10, 12, 20

Transcendental swb (transcendental) - itens 2, 6, 11, 13, 15.

O item 1 pode também ser substituído por "Amor pelos outros".

Chamo-lhe a atenção no entanto para o seguinte. O instrumento tem sido utilizado em diferentes amostras em Portugal e em outros países de língua portuguesa. Os resultados têm sido globalmente adequados, exceto em populações idosas para o qual o instrumento não parece ser ainda suficientemente válido. Estamos neste momento a trabalhar na validação para esta população. Veja por isso se será a melhor opção para o seu projecto. '

Qualquer dúvida, disponha.

Bom trabalho para si

MJG

Maria João MORAIS GOUVEIA, Ph.D.

Professora Auxiliar

Departamento de Psicologia Clínica e da Saúde

PROMOTING HUMAN POTENTIAL RESEARCH GROUP (Coord.)

ISPA-Instituto Universitário

Rua Jardim do Tabaco, 34, 1149-041 Lisboa, Portugal

Telf.directo: [REDACTED]

ISPA-IU:www.ispa.pt

**ANEXO III – ESCALA DE FELICIDADE SUBJECTIVA DE LYUBOMIRSKY E LEPPER
E AUTORIZAÇÃO DO AUTOR PARA A SUA UTILIZAÇÃO**

Para cada uma das questões e/ou afirmações seguintes, por favor assinale na escala, entre 1 e 7, a que parece que melhor o/a descreve

1. Em geral, considero-me:

1	2	3	4	5	6	7
Uma pessoa que não é muito feliz						Uma pessoa muito feliz

2. Comparativamente com as outras pessoas como eu, considero-me:

1	2	3	4	5	6	7
Menos feliz						Mais feliz

3. Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Elas gozam a vida apesar do que se passa à volta delas, conseguindo o melhor do que está disponível. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si?

1	2	3	4	5	6	7
De modo nenhum						Em grande parte

4. Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si?

1	2	3	4	5	6	7
De modo nenhum						Em grande parte

(Pais-Ribeiro, 2012)



José Luis Pais Ribeiro

Sex 01/04/2016, 09:25

Você ▾



Cara colega

autorizo o uso da Escala de Felicidade Subjectiva de Lyubomirsky e Lepper que traduzi e estudei para a população portuguesa

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

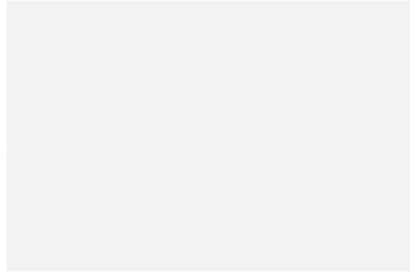
mobile phone:

web page:



ORCID:

ResearchGate-

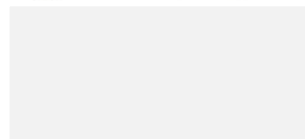
ANEXO IV – CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO DE RESIDÊNCIA DOS PARTICIPANTES



BEM-ESTAR ESPIRITUAL E FELICIDADE EM PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

A Residência ,
, Lisboa, declara que o estudo “Bem-estar espiritual e felicidade em pessoas idosas institucionalizadas”, desenvolvido por Margarida Pereira da Silva, foi aceite para aplicação aos residentes desta instituição que aceitem livremente participar, dada a relevância dos seus resultados para a melhoria do nosso cuidar.

Lisboa, 12 janeiro 2016



**ANEXO V – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA
DO INSTITUTO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UCP**

Parecer nº 14/2015

Projecto de Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos

**BEM-ESTAR ESPIRITUAL E FELICIDADE
EM PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS**

Candidata: Margarida Pereira da Silva

**Orientadores: Prof.ª Doutora Sílvia Caldeira
e Prof. Doutor Manuel Luís Capelas**

Na sua reunião de 9 de novembro de 2015, a Comissão de Ética do ICS da UCP procedeu à análise, numa perspetiva ética, do Projeto de Tese acima referido e concluiu que o Projecto não levanta, para a sua realização, objecções de natureza ética.

Lisboa, 9 de Janeiro de 2016

O Presidente da Comissão



Prof. Michel Renaud