



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL NA PESSOA COM
DIABETES TIPO 2**

***SPIRITUALITY AND MENTAL HEALTH OF THE PERSON WITH
TYPE 2 DIABETES***

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

por

Ana Cristina Miranda Romano Fontes Pereira de Melo

Instituto das Ciências da Saúde

Outubro de 2015



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL NA PESSOA
COM DIABETES TIPO 2**

***SPIRITUALITY AND MENTAL HEALTH OF THE PERSON WITH
TYPE 2 DIABETES***

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor
em Enfermagem, na especialidade de Enfermagem Avançada

por

Ana Cristina Miranda Romano Fontes Pereira de Melo

Sob orientação da Professora Doutora Margarida Vieira
Coorientação do Professor Doutor Manuel Gonçalves Pereira

Instituto das Ciências da Saúde
Outubro de 2015

“O que é vivido afeta e transforma”

Leonard Boff

AGRADECIMENTOS

Na vida, por maior que seja o esforço pessoal despendido, pouco se consegue sem a partilha de opiniões, a interajuda e a amizade dos que nos rodeiam. Ao culminar esta etapa, queremos deixar expresso o nosso sentido agradecimento a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho.

De forma individualizada, ***quero agradecer...***

À minha orientadora Professora Doutora Margarida Vieira, cuja competência e interesse contribuiu para que a concretização deste trabalho, deixando transparecer o calor humano e compreensão necessários onde impera a razão mas onde “o coração” está sempre presente. Do mesmo modo, à presença assídua, pelo suporte e constante desafio, por acreditar e potenciar as minhas potencialidades – o Professor Doutor Manuel Gonçalves Pereira, meu coorientador.

Uma palavra de reconhecimento à Dr^a Ana Lúcia Marôco, pelo rigor e disponibilidade que demonstrou na elaboração do tratamento estatístico e no auxílio do esclarecimento de dúvidas ao longo deste processo investigativo.

À minha família, por estar sempre ao meu lado quando precisei, por me fazer rir quando me apetecia chorar e por compreender a minha presença pouco disponível. Por ser co responsável por tudo aquilo que sou hoje, o meu muito obrigada!

Finalmente, e não menos importante, o meu agradecimento a todos os utentes participantes que fizeram parte da amostra, sem os quais esta investigação não teria sido possível, bem como todos os profissionais de saúde da instituição onde realizámos o nosso trabalho de campo.

Aos meus amigos, Jorge, Elisabete, Patrícia pelo constante apoio, carinho e aceitação da Pessoa que sou. A todos aqueles bons Amigos, não mencionados, um pensamento muito especial com o Bem Haja!

RESUMO

A diabetes surge como um dos problemas de saúde pública de elevada magnitude do século XXI pela estreita relação entre envelhecimento, urbanismo e estilo de vida. Como se trata de uma Doença metabólica crónica, a diabetes requer uma reconfiguração do estilo de vida e participação ativa da pessoa na gestão da doença, apresentando inúmeras repercussões na saúde mental da pessoa, quer pela sua permanência, quer ainda, pelos necessários reajustes no quotidiano, conduzindo a situações de sofrimento mental. Dimensões como a espiritualidade e religiosidade têm sido consideradas importantes na gestão de circunstâncias que conduzam a sofrimento mental. O presente estudo procurou analisar a relação entre espiritualidade e o bem-estar religioso e a relação ao bem-estar psicológico e saúde mental numa amostra de sujeitos com diabetes tipo 2. O **objetivo** principal foi explorar o modo como o bem-estar espiritual e a religiosidade podem ser fatores protetores do bem-estar psicológico e da saúde mental da pessoa com diabetes tipo 2. **Metodologia:** Realizámos um estudo transversal e correlacional de carácter quantitativo numa amostra de 294 indivíduos diagnosticados com diabetes tipo 2. Identificámos as características sociodemográficas e clínicas dos participantes e avaliámos as dimensões: bem-estar espiritual, religiosidade, saúde mental e bem-estar psicológico; **instrumentos de medida:** Escala de avaliação do Bem-estar espiritual (Gomez e Fisher, 2003); Índice de religiosidade da Universidade Duke (Koenig, H.G.; Meador, K.G.; Parkerson, G., 1997); Mental Health Inventory_(Veit e Ware, 1983); Escalas do Bem-estar psicológico (Ryff, C. e Keyes, 1995). **Resultados:** O bem-estar espiritual revelou-se significativo para o incremento do bem-estar psicológico e da saúde mental. A religiosidade correlacionou-se de forma menos evidente mas negativa com o bem-estar psicológico e com a saúde mental. Evidenciou-se, ainda uma correlação positiva entre o bem-estar psicológico e a saúde mental. Os resultados foram, globalmente, favoráveis à validade (convergente e discriminante) dos quatro instrumentos; a análise fatorial confirmatória permitiu indicar elementos para aperfeiçoamento das escalas e corroborou a sua estrutura multidimensional. **Conclusões:** Estes resultados sugerem que o bem-estar espiritual tem um impacto positivo na saúde mental e no bem-estar psicológico. De forma algo inesperada, nesta amostra, a religiosidade tendeu a relacionar-se de forma inversa com os dois últimos constructos, o que suscita várias interpretações. Apesar das limitações, o presente estudo sugere claramente que o bem-estar espiritual da pessoa com diabetes tipo 2 pode ter um papel importante em termos de promoção de saúde e adaptação à doença. A intervenção do profissional de saúde na potenciação de estratégias conducentes ao bem-estar espiritual deverá ser objeto de investigação adicional.

Palavras-chave: Diabetes tipo 2; Religiosidade; Espiritualidade; Bem-estar espiritual; Bem-estar psicológico; Saúde mental.

ABSTRACT

Diabetes emerges as one of the public health problems of high magnitude of the twenty-first century by the close relationship between aging, urbanization and lifestyle. Since this is a chronic metabolic disease, diabetes requires a reconfiguration of lifestyle and the active participation of people in managing the disease which has numerous effects on the mental health of the person, either because of its necessary permanency or because of the adjustments in everyday life which lead to mental suffering situations. Dimensions such as spirituality and religiosity have been considered important in the management of conditions leading to mental suffering. This study analyzes the relationship between spirituality and religious well-being and the relationship to psychological well-being and mental health in a type 2 diabetic sample. The **main objective** was to explore how the spiritual well-being and religiosity may be protective factors for the psychological well-being and mental health of a person with type 2. **Methods:** We conducted a cross-sectional and correlational study of quantitative character in a sample of 294 individuals diagnosed with type 2 diabetes was identified the sociodemographic and clinical characteristics of the participants and evaluated the following dimensions: spiritual well-being, religion, mental health and psychological well-being; **measuring instruments:** Rating scale of spiritual well-being (Gomez and Fisher, 2003); Religiosity index Duke University (Koenig, HG; Meador, KG; Parkerson, G., 1997); Mental Health Inventory (Veit and Ware, 1983); Scales of Psychological well-being (Ryff, C. and Keyes, 1995). **Results:** The spiritual well-being proved significant for enhancing psychological well-being and mental health. Religiosity correlated less evidently although negatively with psychological well-being and mental health. It was also evident, even a positive correlation between psychological well-being and mental health. The results were overall favorable to the validity (convergent and discriminant) of the four instruments; the confirmatory factor analysis indicated elements for improving scales and confirmed its multidimensional structure. **Conclusions:** These results suggest that the spiritual welfare has a positive impact on mental health and psychological well-being. Somewhat unexpectedly, in this sample, religiosity tended to relate inversely with the last two constructs, which raises various interpretations. Despite the limitations, this study clearly suggests that the spiritual welfare of people with type 2 diabetes may have an important role in health promotion and adaptation to the disease. The intervention of the health professional in enhancing strategies conducive to spiritual well-being should be further investigated.

Keywords: Type 2 diabetes; Religiosity; Spirituality; Spiritual well-being; Psychological well-being; Mental health.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AGFI	Adjusted-Godness-of-fit
AIC	Akaike Information Criterion
BEE	Bem-estar espiritual
BEP	Bem-estar psicológico
CFI	Comparative Fit Index
CVI	Expected Cross-Validation Index
EUA	Estados Unidos da América
GFI	Godness-of-Fit
IM	Índice de modificação
INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
Ku	Kurtose
MECVI	Modified Expected Cross-Validation Index
MHI	Mental Health Inventory
OMS	Organização Mundial de Saúde
PR	Parsimony ratio
Rel.	Religiosidade
RI	Religiosidade Intrínseca
RMR	Root Mean-Square Residual
RMSEA	Root Mean-Square Error of Approximation
RNO	Religiosidade Não Organizacional
RO	Religiosidade Organizacional
SAS	Scale Assessement Spirituality
SM	Saúde Mental
Sk	Skeuness
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SWQ	Spiritual Well-being Questionnaire
WHO	World Health Organization

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – MODELO DE MEDIDA DE 2ª ORDEM DO BEM-ESTAR ESPIRITUAL	81
FIGURA 2 – MODELO DE MEDIDA DA AVALIAÇÃO ESPIRITUAL MODIFICADO	85
FIGURA 3 – MODELO DE MEDIDA DA RELIGIOSIDADE MODIFICADO	88
FIGURA 4 – MODELO DE MEDIDA DA SAÚDE MENTAL CORRIGIDO.....	89
FIGURA 5 – MODELO DE MEDIDA DE 2ª ORDEM DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO.....	96
FIGURA 6 – MODELO ESTRUTURAL FINAL	97

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – DIMENSÕES E RESPECTIVOS INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	56
TABELA 2 – COEFICIENTES DE CONSISTÊNCIA INTERNA DO SWQ POR ESTUDO, POPULAÇÃO ESTUDADA E AUTORES DA ESCALA A NÍVEL INTERNACIONAL E NACIONAL	58
TABELA 3 – COEFICIENTES DE CONSISTÊNCIA INTERNA DA SSA POR ESTUDO, POPULAÇÃO ESTUDADA E AUTORES DA ESCALA E EM PORTUGAL.....	59
TABELA 4 – COEFICIENTES DE CONSISTÊNCIA INTERNA DO DUREL POR ESTUDO, POPULAÇÃO ESTUDADA E AUTORES DA ESCALA E EM PORTUGAL.....	62
TABELA 5 – COEFICIENTES DE CONSISTÊNCIA INTERNA DO MHI-5 POR ESTUDO, POPULAÇÃO ESTUDADA E AUTORES DA ESCALA E EM PORTUGAL.....	63
TABELA 6 – COEFICIENTES DE CONSISTÊNCIA INTERNA DO SPWB POR ESTUDO, POPULAÇÃO ESTUDADA E AUTORES DA ESCALA E EM PORTUGAL.....	66
TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS RELATIVAS À CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA EM ESTUDO: IDADE/SEXO/ESTADO CIVIL E HABILITAÇÕES ACADÉMICAS.....	72
TABELA 8 – SITUAÇÃO FACE À PROFISSÃO, NÚMERO DE ELEMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR E RENDIMENTO DO AGREGADO FAMILIAR.....	73
TABELA 9 – REALIZAÇÃO DE EXERCÍCIO FÍSICO E MOTIVO QUE CONDUZIU À REFORMA RELACIONADO COM A DIABETES	73
TABELA 10 – PROFESSA ALGUM TIPO DE RELIGIÃO E IDENTIFICAÇÃO DA RELIGIÃO	74
TABELA 11 – VALORES MÍNIMOS, MÁXIMOS, ASSIMETRIA E ACHATAMENTO DOS DIFERENTES ITENS DO SWQ	78
TABELA 12 – MÉDIA, DESVIO-PADRÃO, PESOS FATORIAIS ESTANDARDIZADOS, FIABILIDADE INDIVIDUAL DOS ITENS, FIABILIDADE COMPÓSITA E VARIÂNCIA EXTRAÍDA MÉDIA (VEM) DAS DIMENSÕES DO SWQ.....	80

TABELA 13 – VALORES MÍNIMOS, MÁXIMOS, ASSIMETRIA E ACHATAMENTO DOS DIFERENTES ITENS DA SAS	82
TABELA 14 – MÉDIA, DESVIO-PADRÃO, PESOS FATORIAIS ESTANDARDIZADOS, FIABILIDADE INDIVIDUAL DOS ITENS, FIABILIDADE COMPÓSITA E VARIÂNCIA EXTRAÍDA MÉDIA (VEM) DAS DIMENSÕES DA SAS.....	84
TABELA 15 – DISTRIBUIÇÃO DAS PONTUAÇÕES NAS DIFERENTES DIMENSÕES DO DUREL	86
TABELA 16 – RESULTADOS DA ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA DO MODELO DE MEDIDA DA RELIGIOSIDADE REFINADO.....	87
TABELA 17 – DISTRIBUIÇÃO DAS PONTUAÇÕES NA ESCALA TOTAL DO MHI-5.....	89
TABELA 18 – RESULTADOS DA ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA DO MODELO DE MEDIDA REFINADO DO MHI-5	90
TABELA 19 – DISTRIBUIÇÃO DAS PONTUAÇÕES NAS DIFERENTES DIMENSÕES DO RPWB SCALE .	91
TABELA 20 – RESULTADOS DA ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA DO MODELO DE MEDIDA REFINADO DO BEP	93
TABELA 21 – MODELO ESTRUTURAL PARA A POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	98

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	15
PARTE I	
CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	23
CAPÍTULO 1 – ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL NO PROCESSO DE SAÚDE	25
1.1. A RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E BEM-ESTAR ESPIRITUAL NO PROCESSO DE SAÚDE	25
1.2. A SAÚDE MENTAL E O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO NO PROCESSO DE SAÚDE.	31
1.3. SÍNTESE DO CAPÍTULO.....	39
CAPÍTULO 2 – ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL NA VIVÊNCIA DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2	41
2.1. A RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E BEM-ESTAR ESPIRITUAL NA VIVÊNCIA DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2	42
2.2. A SAÚDE MENTAL E O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO NA VIVÊNCIA DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	43
2.3. SÍNTESE DO CAPÍTULO.....	46
PARTE II	
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	49
CAPÍTULO 1 – DEFINIÇÃO DO PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESES E PROTOCOLO DO ESTUDO	51
1.1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	51
1.2. OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES	51
1.3. PROTOCOLO DA INVESTIGAÇÃO.....	53
1.4. SÍNTESE DO CAPÍTULO.....	54
CAPÍTULO 2 – VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA DA ESPIRITUALIDADE, BEM-ESTAR ESPIRITUAL, RELIGIOSIDADE, SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO	55
2.1. METODOLOGIA.....	55
2.1.1. Instrumentos de Medida.....	56
2.1.2. Escala de avaliação do BEE – SWBQ: Spritual Well-being Questionnaire (SWQ-BEE) de Gomez e Fisher, 2003 (tradução, adaptação e validação de Gouveia, M. et al, 2010).....	56

2.1.3. Escala de avaliação da espiritualidade – Scale Spiritual Assesment SSA – Escala de Avaliação Espiritual de Elizabeth O’Brien (1999).....	58
2.1.4. Índice de Religiosidade de Duke, The Duke University Religion Index (DUREL) Koenig, H.G.; Meador, K.G.; Parkerson, G., 1997.....	60
2.1.5. Inventário de Saúde Mental (Mental Health Inventory-5) Veit e Ware, 1983 .62	
2.1.6. Escala de Bem-estar Psicológico – Scales of Psychological Well-Being (SPWB) (Ryff, C. e Keyes, 1995)	64
2.1.7. Questionário de Avaliação das Características Socio-Demográficas e Clínicas	66
2.2. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	67
2.3. PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	67
2.4. SÍNTESE DO CAPÍTULO.....	69
CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	71
3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DA AMOSTRA	72
3.2. TESTE DA NORMALIDADE DA AMOSTRA	74
3.3. MODELO E ANÁLISE ESTATÍSTICA	74
3.3.1. Análise confirmatória dos diferentes instrumentos de medida	77
3.4. APRESENTAÇÃO DO MODELO ESTRUTURAL.....	96
3.5. TESTE DE HIPÓTESES	99
3.6. SÍNTESE DO CAPÍTULO.....	103
CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	105
CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131

ANEXOS*

ANEXO I – Registo das comunicações realizadas a solicitar autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados

ANEXO II – Instrumentos de medida

ANEXO III – Pedido de autorização e resposta da Comissão de Ética

APÊNDICES*

APÊNDICE 1 – Informação e declaração de consentimento informado

APÊNDICE 2 – Instrumento de colheita de dados

APÊNDICE 3 – Tratamento estatístico

APÊNDICE 4 – Outputs relativos à validação dos pressupostos para realizar testes de hipóteses

INTRODUÇÃO

“Tudo o que chega, chega sempre por alguma razão...”

Autor desconhecido, s.d.

INTRODUÇÃO

O nosso trajeto académico e profissional tem sido pautado por diversos vínculos à área da saúde mental, quer a nível da docência como a nível da investigação. Esta realidade, aliada ao particular interesse pela intervenção à Pessoa com doença crónica, configuraram um quadro profícuo para encarar o desafio de estudar a compreensão dos fatores que podem constituir-se como dificuldades, por um lado, e como fontes de apoio, por outro no cuidar da Pessoa com doença crónica. Também a maior consciencialização social do impacto da doença crónica, foi um forte incentivo para construir este percurso.

Os números atuais da mortalidade global, no caso das doenças crónicas continua inaceitavelmente alto e em progressão. Na Europa, as doenças crónicas representam quase 86% de mortes e 77% da carga de doenças, sendo um peso para os sistemas de saúde, para o desenvolvimento económico e bem-estar da população, especialmente no grupo etário acima dos 50 anos (WHO, 2012). Quando se fala de doença crónica, é importante identificar as características que a determinam. Assim, a doença crónica caracteriza-se: pela sua permanência, evolução lenta, incapacidade, não transmissibilidade, exigência de cuidados a longo prazo e por último, pela morte prematura (WHO, 2014). As doenças crónicas com maior expressão epidemiológica, no momento presente, são as que se relacionam com os fatores ambientais e os estilos de vida, resultado das rápidas mudanças sociais e culturais das últimas décadas (obesidade e sedentarismo). Acresce a este fenómeno o facto do envelhecimento da população ser uma realidade dos países desenvolvidos com repercussão em diversas áreas, nomeadamente no crescente aumento de pessoas com doença crónica e no desenvolvimento de novos tratamentos e tecnologias que permitem (con)viver com estas doenças por períodos de tempo, cada vez, mais longos. Viver com uma doença crónica torna-se uma experiência exigente, afetando diversas dimensões da vida: individual, familiar e social. Na Europa, as quatro principais doenças crónicas que contribuem para um aumento da morbilidade e para a mortalidade prematura, são as cardiovasculares, o cancro, as doenças pulmonares obstrutivas crónicas e a diabetes (WHO, 2012).

A **diabetes mellitus** surge como um dos problemas de saúde pública de elevada magnitude do século XXI, pela estreita relação entre envelhecimento, urbanismo e estilo de vida (Cruz, 2005); (Sousa, 2006). É uma doença de expansão epidémica sobretudo nos países desenvolvidos e industrializados. Pelo crescimento do número de pessoas com diabetes, a investigação deve-se expandir nesta área. Uma finalidade necessária será a identificação dos

INTRODUÇÃO

fatores que contribuem para o bem-estar da pessoa com diabetes e, conseqüentemente desenvolver estratégias para melhorar as formas de cuidar. Assim, optou-se por desenvolver este estudo junto desta população.

A nível mundial, verifica-se a existência de mais de 347 milhões de pessoas com diabetes; 90% dos casos pertencem à diabetes tipo 2 (WHO, 2012). Estima-se que em 2035 o número de pessoas com diabetes no mundo atinja os 592 milhões, o que representa um aumento de 55% da população com esta doença (IDF, 2013). Portugal posiciona-se entre os países Europeus como o que regista uma elevada taxa de prevalência da diabetes, sendo em 2012 de 12,9% da população portuguesa, o que equivale a aproximadamente 1 milhão e trezentos mil indivíduos (Gardete Correia, 2013).

Como doença metabólica crónica, a diabetes requer uma reconfiguração do estilo de vida e participação ativa da pessoa na gestão da doença, apresentando inúmeras repercussões na saúde mental da pessoa, quer pela sua permanência, quer ainda pelos necessários reajustes no quotidiano (Amorim, 2008). Esta realidade é evidenciada pela investigação, que afirma haver uma maior probabilidade de desenvolver sintomatologia ansiosa e depressiva nas pessoas com diabetes, do que na população em geral (Golden, 2008); (Gonzalez, 2011). O tratamento da diabetes é extremamente exigente, complexo e obriga a uma grande responsabilidade por parte do doente, quer pelo cuidadoso equilíbrio entre alimentação, exercício físico e administração de injeções de insulina e/ou antidiabéticos orais, quer ainda pela necessidade frequente de auto-monitorização dos níveis de glicémia. Assim, a nível emocional, a diabetes funciona como uma espécie de *“lente de aumento”* amplificando os processos emocionais numa multiplicidade de sentimentos associados às incertezas que a doença transporta, alterações de hábitos, reestruturação de relações e de papéis, limitações e alteração das relações com os cuidados de saúde. Estes problemas de ordem psicológica são importantes por poderem ter um impacto negativo na capacidade da pessoa se auto-cuidar, designadamente, no facto da adesão à medicação poder ficar comprometida e, a longo prazo, haver um compromisso grave da sua saúde global e, conseqüentemente, no seu bem-estar (Young, 2012).

Na investigação realizada pretendeu-se destacar a relação existente entre doença crónica e saúde mental partindo da perspetiva defendida pela (WHO, 2001) que advoga a **saúde mental** e **saúde física** como dois elementos da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. A saúde é, também, um fenómeno com forte componente social, psicológico, mental, espiritual e físico. Mobilizando o conceito de saúde mental como *“um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas próprias capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e ser capaz de dar um contributo para a sua comunidade”* (WHO, 2001, p.1), podemos afirmar que a saúde mental é o fundamento do bem-estar e funcionalidade efetiva, permitindo uma adaptação ativa ao meio social onde está inserida (Rodríguez-López, 1997; WHO, 2005). Assim, podemos entender a

INTRODUÇÃO

Saúde Mental Positiva como um estado de funcionamento ótimo do ser humano, salientando a importância da promoção das qualidades da pessoa na otimização do seu potencial (Seligman, M. & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, M., 2003).

A relação dinâmica entre a saúde física e a saúde mental, ainda que, não sendo muito clara e consistente, designadamente, no que se refere aos efeitos positivos da componente psicológica na regulação da saúde física, é uma realidade. Uma possibilidade de analisar essa relação será através de dois modelos. O modelo de bem-estar subjetivo ou o modelo de bem-estar psicológico (Ryff C., 1989 a).

O modelo de bem-estar subjetivo permite “apenas” identificar o quão um indivíduo está satisfeito ou feliz e, eventualmente, as áreas em que essas situações ocorrem (Diener, 2003). O bem-estar subjetivo centra-se numa perspectiva hedónica e individual do bem-estar, foca-se na avaliação que as pessoas fazem das suas vidas, a partir das suas experiências emocionais (positivas e negativas) baseada nos seus valores, necessidades, expectativas e crenças.

Quanto ao modelo de **bem-estar psicológico**, perspetivando uma maior abrangência, permite identificar o grau de satisfação e felicidade que o indivíduo apresenta e, identificar os recursos psicológicos de que este dispõe em diferentes domínios da sua vida: na relação consigo próprio (aceitação de si), na relação interpessoal (relação com os outros), relações com o meio (domínio do meio) e face às suas capacidades de adaptação (autonomia e objetivos na vida e crescimento pessoal) (Ryff C., 1989 b). Desta forma, optou-se pela utilização deste segundo modelo, por permitir uma exploração do conceito de bem-estar integrado no domínio da saúde mental e no da saúde em geral (Ryff & Singer, 1998); (Novo, 2003).

Na sequência do que se tem vindo a apresentar, conclui-se que a Saúde Mental é determinada pela interdependência de fatores físicos, ambientais, sociais, psicológicos e espirituais, e é parte integrante de todo o desenvolvimento humano.

Neste estudo, particularizou-se o *olhar* na dimensão da religiosidade /espiritualidade. Ao explorar estes conceitos constatou-se que a religiosidade apresenta diversos significados, por vezes semelhantes dos que hoje se denomina de espiritualidade. Ao longo dos tempos, estes dois conceitos têm sofrido uma multiplicidade de definições e de transformações. Reconhece-se a existência de duas perspetivas na abordagem desta temática. Por um lado, autores que diferenciam claramente os dois constructos - espiritualidade e religiosidade - numa vertente mais existencialista (Pargament, 1977; Fisher, et al, 2000; Moberg, 2008; Koenig & Larson, 2001) por outro, autores que não fazem esta distinção, defendendo uma perspetiva no sagrado, ou seja, aceitam a sobreposição destes dois conceitos (Hill, et al, 2000).

Nesta investigação, optou-se por avaliar a dimensão da religiosidade de forma distinta da espiritualidade, corroborando com os argumentos expressos por autores que defendem que num país com um fundo mais secular, como é o caso de Portugal, deverá existir esta distinção (Menéndez, 2007); (Moberg D. , 2002). A distinção entre religiosidade e espiritualidade é

INTRODUÇÃO

importante em países com um fundo mais secular, onde o número crescente de pessoas se identifica como espirituais mas não religiosas (Zwingmann, et al, 2011).

Relativamente à **religiosidade**, utilizou-se o referencial de Koenig que dissecou este conceito em três dimensões: a atividade religiosa organizacional, a atividade religiosa não-organizacional e religiosidade intrínseca ou subjetiva (Koenig H.G., 2010).

No que diz respeito à dimensão espiritual, reconhecendo-a como parte integrante do conceito de saúde impõe-se a necessidade de clarificar os conceitos de saúde espiritual ou bem-estar espiritual. Na literatura estes dois conceitos surgem de modo indistinto e, frequentemente são utilizados como sinónimos (Gouveia, 2012). Este conceito emergiu associado aos conceitos de bem-estar e qualidade de vida enfatizando a importância da dimensão espiritual para a saúde (Fisher J. , 1998); (Fisher J. , 2010). O **bem-estar espiritual** é a componente mais explorada das diferentes dimensões do bem-estar (Miller & Foster, 2010), desempenhando um papel crucial na perceção da saúde/doença. Assim, o **bem-estar espiritual (BEE)** poder-se-á definir como a conexão entre a espiritualidade e a saúde. Aprofundando o conceito, o BEE é um estado dinâmico com repercussão na qualidade das relações que o indivíduo estabelece consigo próprio, com os outros, com o ambiente e com algo que transcende o domínio humano (Gomez & Fisher, 2003; Gomez & Fisher, 2005 b; Gouveia, et al, 2012). Considerou-se pertinente explorar o conceito de espiritualidade de (O'Brien, 1999) que afirma ser difícil a definição teórica e operacional deste conceito mas que a sua existência deve ser reconhecida e considerada pelo enfermeiro que se preocupa em prestar cuidados holísticos, reconhecendo a espiritualidade como uma dimensão essencial à integridade global da pessoa e ao seu completo bem-estar.

Embora o vínculo entre espiritualidade e saúde tenha sido reconhecido, desde há muitos séculos nas ideologias orientais (e.g, no budismo), investigadores de várias disciplinas, incluindo a psicologia, a psiquiatria, a teologia, a enfermagem e a gerontologia, mantêm-se interessados em explorar as conexões entre os vários elementos destas duas áreas da existência humana (Fehring, 1997) de modo a identificar a forma como a espiritualidade pode contribuir para saúde e bem-estar do indivíduo.

Da pesquisa consultada, constatou-se a existência de uma vasta literatura que evidencia a relação positiva entre espiritualidade e saúde mental, designadamente, ao nível do bem-estar. A religião e a espiritualidade/espiritualidade têm sido relacionadas com o bem-estar. No entanto, o modo como o fazem ainda permanece obscuro. Aproximadamente, 80% das pesquisas sobre religiosidade/espiritualidade e saúde envolvem estudos sobre saúde mental (Koenig, 2012). Contudo, uma pesquisa nacional efetuada com psiquiatras norte-americanos indica que 56% dizem que nunca, raramente, ou só às vezes perguntam sobre questões religiosas/espirituais a pacientes com depressão ou ansiedade (Curlin, et al, 2007). Assim, parece que os profissionais de saúde não estão despertos para estas questões.

INTRODUÇÃO

Estes estudos encontram-se publicados em diversas áreas disciplinares, como a medicina, a enfermagem e a psicologia (Hill & Pargament, 2008); (Koeing, 2001). No que concerne, especificamente à disciplina de enfermagem encontramos bibliografia desde os tempos da antiguidade fazendo referência à saúde espiritual (Narayanasamy, 1999 a).

A espiritualidade pode ajudar a desenvolver comportamentos e estilos de vida saudáveis a procurar apoio psicossocial e a lidar eficazmente com o sofrimento e as emoções como o *stress*, ansiedade, medo, raiva e frustração (Miller & Thoresen, 2003). Encontra-se ainda associada positivamente a uma maior qualidade de vida (Lucchetti, et al., 2011), a um maior nível de bem-estar geral (Koenig, 2009); (Fichett, et al., 2000); (Lucchetti, Granero, Bassi & Latarroca, 2010) e ainda ao desenvolvimento de emoções positivas, como o perdão, alegria e o amor (Vaillant, 2008). Diversos estudos exploraram a influência de espiritualidade e da religiosidade sobre diversos aspetos do bem-estar psicológico (Smith, McCullough, & Poll, 2003).

Pelo exposto, pode-se afirmar que a complexidade destes conceitos poderá, de algum modo, ser dificultadora no desenvolvimento desta temática. Também o facto da maioria da bibliografia consultada ter sido resultado de investigação realizada nos EUA, com uma realidade sociocultural distinta da Europa do Sul, como é o caso de Portugal, poderá interferir como um constrangimento). É importante haver estudos noutros locais, especificamente a nível da Europa, e que integrem outras religiões fora da matriz judaico-cristã, pois é nesse contexto que está realizada a maior parte da investigação (Cohen & Koenig, 2003). Importa ainda estar atento à polarização destes dois constructos em polos distintos, podendo tornar-se redutora, tal como referem (Hill, et al., 2000) a espiritualidade e a religiosidade são dois fenómenos complexos e uma simples definição poderá ser redutora.

Olhando este fenómeno pela “lente” da enfermagem, recorreu-se ao modelo holístico, ou seja, aquele em que a pessoa é vista como um todo, havendo a interligação das diferentes dimensões: psicológicas, físicas, espirituais e sociais. Neste sentido, a pessoa, não é, simplesmente a sua doença mas a interligação entre todas as suas dimensões. O *Modelo de Sistemas de Neuman* permite “olhar” a saúde como um *continuum* de bem-estar ao mal-estar de natureza dinâmica e em constante mudança, sendo o sujeito alvo dos cuidados de enfermagem um sistema composto dinâmico de inter-relações entre fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento (Neuman, Fawvcett, 2011).

Também, Slonim, Wheeler, Quinlan & Smith (2010) defendem que os profissionais de saúde, responsáveis pelo cuidado à Pessoa com doença crónica, deverão desenvolver competências específicas para detetar e gerir as situações de distúrbios psicológicos de modo a encaminhá-los para profissionais especializados, de forma atempada, para garantir uma intervenção específica que vise melhorar a saúde global. Corroborando esta asserção, a (OE, 2010) defende que os enfermeiros têm um papel essencial na gestão do cuidado à pessoa com doença na prestação do seu trabalho. As intervenções de enfermagem devem ser

INTRODUÇÃO

centradas no doente/família, favorecendo a aceitação e convivência com a situação de doença, promovendo uma condição ativa, autônoma e responsável.

Na pesquisa efetuada no período de 2009-2014 no motor de busca Ebsco com os descritores *spirituality and religiosity and psychologic well-being and mental health*, com os filtros de full-text e peer-reviewed, não encontramos resultados. Numa pesquisa parcial *spirituality* encontraram-se 341 referências; quanto ao conceito de *religiosity* identificou-se 40 investigações publicadas, após a leitura dos abstracts, selecionou-se aqueles que integrassem os conceitos *psychologic well-being or mental health and religiosity* encontramos 133 resultados.

A nível nacional, conhece-se os trabalhos realizados no âmbito do mestrado e doutoramento na UCP onde são apresentados resultados relacionados com a espiritualidade na pessoa com doença oncológica (Rego, 2009) e espiritualidade na pessoa com doença incapacitante (Coelho, 2011). Com o descritor *spirituality well-being* não surge nenhum trabalho a nível nacional através do motor de busca selecionado.

A evidência científica existente nesta área, quer em termos internacionais quer a nível nacional, permite postular que a pessoa com maiores níveis bem-estar espiritual será aquela que apresenta maiores níveis de saúde mental e que terá melhores condições para viver com maiores níveis de bem-estar psicológico. Do mesmo modo, pode-se afirmar que se espera que os sujeitos com menor participação religiosa, ou sem religiosidade, tenham uma correlação negativa com a saúde mental. Também espera-se encontrar na dimensão - bem-estar espiritual-, uma dimensão que auxilie a pessoa com diabetes tipo 2, a desenvolver níveis de maior bem-estar psicológico.

Os resultados irão permitir intervir de forma mais precisa junto desta população, contribuindo para uma melhor saúde mental e conseqüentemente menor sofrimento psicológico. Da pesquisa efetuada, verificou-se a inexistência de estudos que dêem respostas às nossas questões. Assim, com este trabalho acredita-se que, tornando visível a relação entre o bem-estar espiritual e religiosidade na vivência destes utentes no presente e o seu impacto atual no bem-estar psicológico e saúde mental, pode condicionar não apenas o “aqui e agora”, mas também, se poderá repercutir na capacidade futura de adaptação a novas exigências, nomeadamente, na gestão das possíveis complicações da diabetes, contribuindo para a diferença, entre uma pessoa psicologicamente saudável ou não.

Em suma, é centrado na Pessoa com diabetes tipo 2, que este estudo se desenvolve, explorando as dimensões da religiosidade, espiritualidade, bem-estar espiritual e bem-estar psicológico como contributos para a saúde mental, tendo como pano de fundo uma perspetiva holística da saúde. Para dar resposta aos objetivos optou-se por uma metodologia quantitativa, tendo desenvolvido um estudo descritivo, analítico e transversal.

Estruturalmente este trabalho encontra-se dividido em duas partes principais.

INTRODUÇÃO

A Parte I diz respeito à contextualização teórica, onde desenvolvemos os constructos de religiosidade, espiritualidade, bem-estar espiritual, saúde mental e bem-estar psicológico.

A Parte II apresenta a investigação empírica que é composta por quatro capítulos. No primeiro capítulo, descreve-se o tipo de estudo especificando os objetivos, hipóteses, local do estudo, população e amostra. No segundo capítulo apresenta-se os diferentes instrumentos de recolha de medida, a técnica de recolha de dados, os procedimentos formais e éticos e processamento dos dados. No terceiro capítulo apresenta-se os resultados obtidos na aplicação dos instrumentos de recolha de dados e estabelecem-se as relações entre as variáveis em estudo. O quarto capítulo descreve a discussão dos resultados resultantes do tratamento estatístico dos dados obtidos na aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

Termina-se com as conclusões mais relevantes para a disciplina de enfermagem, identificadas as limitações do estudo e apresentadas sugestões para futuros estudos de investigações. Por último apresenta-se as referências bibliográficas.

PARTE I
CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

“Não saias para fora de ti, retorna a ti mesmo porque a verdade habita no homem interior.”

Santo Agostinho

CAPÍTULO 1 – ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL NO PROCESSO DE SAÚDE

Neste capítulo pretendemos apresentar uma revisão da literatura científica de modo a construir o enquadramento conceptual dos seguintes constructos: religiosidade, espiritualidade, bem-estar espiritual, bem-estar psicológico, saúde mental e enfermagem. Optámos pelo referencial teórico de (Koenig, McCullough, & Larson, 2001) para explorar os conceitos de religiosidade; pelo modelo de (O'Brien, 2003) quando se desenvolveu o conceito de espiritualidade; pelo referencial de (Gomez & Fisher, 2003) para desenvolver o conceito de bem-estar espiritual; pelo quadro teórico de (Ryff & Keyes, 1995) quando se mobilizou o conceito de bem-estar psicológico. Recorreu-se a (Vaillant G. E., 2000) para desenvolver o conceito de saúde mental positiva articulado com o bem-estar psicológico. Quanto ao referencial teórico de enfermagem, face à qual serão interpretados e compreendidos os resultados que derivam deste estudo, optou-se pelo Modelo de Sistemas de Neuman (Neuman & Fawcett, 2011).

1.1. A RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E BEM-ESTAR ESPIRITUAL NO PROCESSO DE SAÚDE

Iniciámos este percurso com algumas interrogações: Qual a função da espiritualidade no processo de saúde? É um fator amortecedor ou dificultador das adversidades da vida? A oração interfere na evolução da doença, de forma positiva ou negativa? A solidariedade e a generosidade prolongam a vida saudável? A autoestima afeta a saúde? Estas foram algumas, das inquietações que nos moveram a explorar as ressonâncias da religiosidade e da espiritualidade no processo de saúde. Reconhecendo a dimensão espiritual como parte integrante do conceito de saúde, impõe-se a necessidade de clarificar os conceitos de saúde espiritual ou bem-estar espiritual. Na literatura estes dois conceitos surgem de modo indistinto, frequentemente utilizados como sinónimos.

A evidência científica é unânime em afirmar que, quanto maior o nível de religiosidade e de espiritualidade melhor é o aproveitamento da vida. Desta forma, o papel da religiosidade e da espiritualidade não pode ser circunscrito à avaliação da saúde física (George, Larson,

Koenig, & McCullough, 2000). Podemos afirmar que a religiosidade e espiritualidade sendo dois constructos multidimensionais, difíceis de operacionalizar, permitem perspetivar diferentes olhares sobre a influência destes na saúde afetando vários domínios da vida humana (Hill, et al., 2000) (Hill & Pargament, 2003).

Na última década, religiosidade e espiritualidade têm sido alvos de uma atenção crescente nos campos da psicologia e da saúde (McIntosh, Poulin, Silver, & Holman, 2011). Do mesmo modo, têm sido correlacionadas positivamente com menores níveis de ansiedade (Koenig & Larson, 2001) menores níveis de depressão (Smith, McCullough, & Poll, 2003) e um aumento dos níveis de felicidade, satisfação com a vida e de bem-estar (Ellison & George, 1994) (Ferriss, 2002) (Koenig & Larson, 2001). Apesar desta inequívoca relação, é importante conhecer os mecanismos que lhe estão subjacentes.

Na nossa pesquisa deparámo-nos com alguns constrangimentos quanto às inúmeras definições de um mesmo conceito e a sua utilização em diferentes perspetivas. Como forma de ultrapassar estas dificuldades necessitámos de clarificar e selecionar qual ou quais dos diferentes conceitos *religião, religiosidade, espiritualidade, bem-estar espiritual, saúde espiritual* iríamos aprofundar e utilizar no nosso estudo.

Estes dois conceitos têm trazido grande polémica e divergência ao longo do tempo; têm, também, sofrido uma multiplicidade de definições e com conseqüentes transformações. O facto de haver um juízo preconcebido sobre este tema contribui para que a maioria das pessoas expresse sobre o tema mas, habitualmente, é uma opinião não fundamentada que contribui para aumentar essa dificuldade. Deste modo, é fácil resvalar, por um lado, para um ceticismo intolerante e uma negação dogmática ou, por outro, para uma aceitação crédula não fundamentada.

Iniciamos esta apresentação com o conceito de **religiosidade** que apresenta diversos significados, por vezes indistintos dos que hoje denominamos de espiritualidade. Desta forma sentimos neste ponto, a necessidade de percorrer de forma breve alguns períodos marcantes em termos históricos, sociais e económicos que interferiram na apropriação destes conceitos e discutir criticamente os autores de referência selecionados na elaboração deste trabalho.

A década de 1960 distingue-se pelo aumento da pesquisa sobre a religiosidade (Reitsma, Pelzer, Scheepers, & Schilderman, 2012). Nas décadas de 1970 e 1980, a possibilidade da religião influenciar a saúde física e mental foi recebida com algum ceticismo e, mesmo hostilidade, evocando imagens de curandeiros e charlatães (Ellison & Levin, 1998). Nas duas últimas décadas, o interesse da investigação pelo papel da religiosidade e espiritualidade como preditores da saúde física e mental teve um enorme incremento (Koenig & Larson, 2001); (Miller & Thoresen, 2003); (Ellison & Levin, 1998); (Koenig, 1998 a).

Mais recentemente, a crescente importância do termo **espiritualidade** relega o termo religiosidade para uma componente institucionalizada, ritualizada e ideológica. Na sequência desta postura, (Pargament K., 1999) define o termo *religiosidade* como uma espécie de

espiritualidade negativa. Deste modo, numa primeira aceção dos conceitos de religiosidade e de espiritualidade, a espiritualidade emerge como algo positivo, abrangente, subjetivo, individual e autodeterminado (Koenig, McCullough, & Larson, 2001) e a religiosidade é algo restritivo e dogmático, logo, com uma conotação negativa (Miller & Thoresen, 2003); (Ellison & Levin, 1998) (Koenig, 1998 a); (Hill, et al., 2000). Apesar das diferenças, estes conceitos relacionam-se.

Podemos então, afirmar que, se por um lado vivemos numa sociedade industrializada, influenciada pelo antropocentrismo, sujeita à secularização (movimento que defende a interpretação da vida no “eu” racional como única fonte de força e significado, não envolvendo Deus, nem a relação com o transcendente,) por outro, reconhecemos uma crescente necessidade e um renovado interesse na discussão por temas que envolvam a religiosidade e espiritualidade que se expressa na inúmera literatura e investigação nestas áreas.

Um dos trabalhos com maior reconhecimento científico nesta área é o *Handbook of Religion and Health* (Koenig & Larson, 2001) onde se apresentam diversos estudos que evidenciam os efeitos das dimensões da religião sobre a saúde de pessoas em distintas situações clínicas. Concluem, em mais de 50% dos estudos, que a religião foi identificada como um fator de proteção, estatisticamente significativa. Uma vez que se trata de um neuropsiquiatra contemporâneo, com larga experiência científica comprovada internacionalmente, optámos por nos suportar no seu referencial teórico.

Norteados por estes autores, apropriamo-nos da definição dos conceitos: (I) **religiosidade** refere-se a uma qualidade do indivíduo que se expressa através da sua crença e prática de uma determinada religião; (II) **espiritualidade** é uma componente intrínseca do ser humano (Hervieu-Léger, 2000), multidimensional (Gomez, R.; Fisher, J., 2005a); (Meezenbroek, et al., 2012); (Hackney & Sanders, 2003). É a procura pessoal pela compreensão das respostas às perguntas fundamentais sobre a vida, sobre o sentido da vida e sobre o relacionamento com o sagrado ou transcendente que pode (ou não) conduzir a rituais religiosos (Koenig, McCullough, & Larson, 2001).

Na ótica da investigação, identificamos duas perspetivas na abordagem desta temática. Por um lado, existem autores que diferenciam claramente os dois constructos – espiritualidade e religiosidade – adotando uma vertente mais existencialista (Pargament, 1997) (Pargament, 2002); (Fisher & Jonhson, 2000); (Moberg, 2008); por outro, existem autores que não os distinguem (Hill, et al., 2000) defendendo uma perspetiva no sagrado, aceitando a sobreposição destes dois conceitos (Hill & Pargament, 2003). Corroborando com o referencial da perspetiva mais existencialista e pelos argumentos expressos pelos autores que defendem que um país com um fundo mais secular, como é o caso de Portugal, deverá existir esta distinção (Menendez, 2007); (Moberg, 2002) escolhemos avaliar a dimensão da religiosidade de forma distinta da espiritualidade.

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Diversos estudos examinaram a relação da religiosidade e/ou espiritualidade com diferentes aspetos da saúde mental. A maioria deles aponta para melhores indicadores de saúde mental e para melhor adaptação ao *stress* nas pessoas que desenvolvem atividades religiosas formais (Moreira, 2006). Constatamos que o envolvimento religioso apresenta vários benefícios, que podem ser agrupados em dois níveis: individual e social.

Num nível individual existe uma relação positiva entre a religiosidade/ espiritualidade e **melhor saúde física** (George, Ellison, & Larson, 2002); (Koenig & Larson, 2001); (Larson & McCullough, 1998); (Miller & Kelley, 2005); (Plante, 2009); (Pargament, 1997) com níveis de **melhor saúde mental** (Koenig & Larson, 2001) (Koenig, 2009); (Fitchett, 2004); (Levin, 2010); (Koenig & Larson, 2001); (Plante, 2001); (Moreira, 2006); (Lucchetti & Peres, 2011); (Hasnain, Ansari, & Samantray, 2011) com uma **maior qualidade de vida** (Lucchetti & Peres, 2011), um maior nível de bem-estar geral (Koenig, 2009); (Fitchett, 2004); (Lucchetti, Granero, Bassi, Latorraca, & Nacif, 2010) e ainda com **o desenvolvimento de emoções positivas**, como o perdão, alegria e o amor (Vaillant, 2008). Outros fatores protetores da saúde que advêm da religião, como a **adoção de estilos de vida saudáveis** foram identificados por (Argyle, 1999) (Argyle, 2000); e ainda como **recurso psicológico e social de adaptação ao stress**.

Ao nível social demonstrou-se que um maior envolvimento religioso se relaciona positivamente com maior nível educacional, maiores níveis de participação na sociedade, menores taxas de divórcio e maior satisfação conjugal (Waite & Leher, 2009); (Koenig & Larson, 2001).

Uma vez que este é o cerne do trabalho sentimos necessidade de apresentar algumas hipóteses explicativas do modo como a religiosidade influencia a saúde, pois como já referimos anteriormente este é o aspeto que envolve mais controvérsia na atualidade.

Uma primeira hipótese defende que o aumento da frequência de práticas religiosas (como a meditação e oração) pode conduzir a uma resposta de relaxamento e contribuir para a redução das atividades do sistema nervoso autónomo e conseqüentemente diminuir a pressão arterial e a tensão muscular contribuindo para uma melhor saúde (Vaillant, 2012). Também constatámos que o envolvimento religioso está associado a redes de apoio social extensas com a possibilidade de desenvolver maiores níveis de bem-estar (George, Larson, Koenig, & McCullough, 2000). Por outro lado, observou-se que a religiosidade contribui para um sentimento de coesão e uma experiência de vida mais significativa, bem como, uma visão mais confiante sobre a vida (Caplan, et al., 2011).

No que diz respeito apenas a uma das dimensões da religiosidade- religiosidade intrínseca – esta está associada a uma maior autoestima e a menores níveis de ansiedade e de depressão (Koenig, 2007); (Koenig, George, & Peterson, 1998). Por último, a religiosidade pode funcionar, também como um mecanismo de *coping*, permitindo uma melhor adaptação às experiências de vida estressantes (Cohen & Koenig, 2003).

No que diz respeito à **espiritualidade**, pela dificuldade de operacionalização, surge como um conceito mais polémico (Hybels, Blazer, George, & Koenig, 2012). Por acreditarmos ser importante explorar esta dimensão, optámos por um constructo mensurável – **bem-estar espiritual** (BEE). O conceito de bem-estar espiritual emergiu associado aos conceitos de bem-estar e qualidade de vida enfatizando a importância da dimensão espiritual para a saúde (Fisher, 2001) (Fisher, 2010 a). Importa ainda referir que a componente mais explorada das diferentes dimensões do bem-estar é – *o bem-estar espiritual* (Miller & Foster, 2010).

O BEE traduz a interseção da espiritualidade e a saúde. Nesse sentido, (McKee & Chappel, 1992) sugere-nos a comparação entre o BEE e o estado de saúde geral. Assim, o *BEE* permite-nos avaliar a saúde espiritual, tal como a *cor da pele e a pulsação*, nos permitem avaliar o estado de saúde geral de um indivíduo.

Por sua vez, (Hawks, 1994) acentuou a dimensão relacional do conceito e descreveu as características internas das pessoas que estão espiritualmente bem e a forma como elas o expressam nas relações com o meio exterior. Quanto às características internas incluem: 1) propósito e sentido último para a vida, 2) sentimento de ligação à natureza, à beleza e aos outros, 3) preocupação e compromisso profundo com algo mais vasto que o próprio eu 4) um sentimento de unidade e completude na vida, 5) princípios, crenças e valores espirituais fortes, e por último a expressão de 6) sentimentos amor, alegria, paz, esperança e de plenitude. Quanto à interação com os outros, demonstram o seu BEE através da honestidade, confiança, integridade, altruísmo, disponibilidade, bondade e compaixão com os outros. Revelam igualmente um sentimento profundo de ligação ou mesmo comunhão, com um poder superior ou uma realidade mais ampla que transcende o mundo físico.

No polo oposto, o indivíduo que vivencia um processo de doença crónica, apresenta incertezas, inseguranças pelo percurso da doença contribuindo como fonte de *stress* (Asbring & Närvänen, 2004); (Peterman, Fitchett, Brady, Hernandez, & Cella, 2003) apresentando uma relação negativa com BEE (Carroll, Hamilton, & McGovern, 1999); (McNulty, Livneh, & Wilson, 2004). Se a própria experiência da doença crónica influencia negativamente o BEE pode também conduzir a uma adaptação psicossocial mais deficitária. Como o BEE é identificado como um fator importante na manutenção da saúde e gestão com doença crónica (Landis, 1996); (Peterman & Hernandez, 2002) pode-se inferir a partir da discussão anterior que as incertezas de muitas doenças crónicas também podem afetar o BEE.

Identificámos inúmeros instrumentos de medida para avaliar estes constructos. Assim, de modo a clarificar estas diferentes perspetivas recorreremos a (Tsang & McCullough, 2003) que nos propõem uma classificação para a diversidade de instrumentos existentes. Numa primeira análise existem instrumentos que avaliam os aspetos da experiência espiritual, indicando o quão espiritual é uma pessoa num determinado momento da sua vida (e.g. *Spiritual Well-being Scale* de (Paloutzian & Ellison, 1982); *Spiritual Well-being Questionnaire* de (Gomez & Fisher, 2003). Um segundo nível de análise reporta-se para os aspetos

funcionais da espiritualidade, isto é, avaliam as funções assumidas pela espiritualidade na vida das pessoas. Nesta categoria incluem-se os instrumentos que avaliam os tipos e funções da oração (Tsang & McCullough, 2003) ou que avaliam o *coping* religioso (Pargament, Smith, & Koenig, 1998).

O BEE é avaliado pelo SWBQ – *Spiritual Well-being Questionnaire* (Gomez & Fisher, 2003) pois permite identificar a natureza da experiência espiritual. Também a nossa escolha recaiu sobre este instrumento de medida, na medida em foi utilizado num estudo a nível nacional¹, pelo que irá permitir a comparação de resultados. Quanto ao outro instrumento que avalia as dimensões da fé pessoal, paz espiritual e prática religiosa, utilizámos a *escala de O'Brien* (O'Brien, 2003)² ³também pelo facto de já ter sido utilizado em dois estudos a nível nacional, sendo importante a nossa contribuição para a validade do constructo.

Quanto ao *Spiritual Well-Being Questionnaire* foi construído e validado ao longo de um conjunto de estudos realizados na Austrália, Inglaterra e Irlanda (Gomez & Fisher, 2003) (Gomez & Fisher, 2005 a) (Gomez & Fisher, 2005 b). É composto por 4 subescalas (com cinco itens cada). Cada uma diz respeito a um dos domínios propostos por Fisher. O domínio *Pessoal* inclui itens que abordam o modo como a pessoa se relaciona consigo própria em termos do significado, propósito e valores na vida; o *Comunitário*, com indicadores que expressam a qualidade e profundidade das relações interpessoais e a disponibilidade face aos outros; o *Ambiental* que lida com a proteção e cuidado com o mundo físico e biológico, incluindo um sentimento de respeito, admiração e de união com a natureza, e ainda, um domínio Global ou *Transcendental* que se refere às relações do eu com algo para além do nível humano, como uma força cósmica, uma realidade transcendente ou Deus, envolvendo sentimentos de fé, adoração e culto ou veneração. As quatro dimensões poderão agregar-se, indicando um nível global do BEE. Pretende-se que a pessoa indique em que medida, na sua experiência pessoal atual, sente estar a desenvolver cada um dos indicadores de BEE. O bem-estar é um construto muito complexo relacionado com a natureza humana. Nessa complexidade existem múltiplas facetas do bem-estar em que (Gomez & Fisher, 2003) defendem que o BEE é um complemento importante para o bem-estar mental, físico e emocional.

Apesar de maiores níveis de saúde espiritual resultarem do desenvolvimento de todos os quatro domínios de BEE, Fisher constatou empiricamente que nem todas as pessoas desenvolvem ou valorizam todos os domínios referidos (Fisher, 1999); (Fisher, 2007); (Fisher, Francis, & Johnson, 2000). Muitas pessoas dão prioridade a um deles, definindo BEE quase exclusivamente centrado nesse domínio relacional do modelo, em detrimento dos restantes.

¹ Gouveia, Maria João- *Flow disposicional e o bem-estar espiritual em praticantes de atividades físicas de inspiração oriental*, Tese de Doutoramento em Psicologia da Saúde, ISPA, 2011

² Rego, A.C.- *O processo de avaliação dos níveis de bem-estar espiritual: um contributo para a sua validação*, Tese de Mestrado na UCP, 2009

³ Coelho, J.C.- *Sofrimento e espiritualidade da pessoa com esclerose múltipla*, Tese de Doutoramento em Enfermagem Avançada pela UCP em 2011

Deste modo, identificou diferentes perfis de BEE centrados maioritariamente em cada domínio (Fisher, 1999) (Fisher, 2010 a) que passamos a descrever:

a) Personalistas: pessoas que adotam o domínio pessoal como BEE, e.g., acreditam que o seu BEE é resultado dos seus recursos internos, e deste modo o seu Eu é que lhes dá motivação para procurar o sentido, propósito e valores na vida. Neste caso, as pessoas sentem-se completamente autossuficientes, autocentradas, apesar de admitirem a necessidade de estabelecer relações interpessoais para desenvolverem outras dimensões do bem-estar;

b) Comunitários: pessoas que procuram a harmonia pelo domínio pessoal mas, principalmente no estabelecimento de relações interpessoais profundas e de qualidade; acreditam que o relacionamento com os outros de forma produtiva produz BEE;

c) Ambientalistas: pessoas que integram o conhecimento e os aspetos institucionais dos domínios pessoal e comunitário, com um sentido de respeito e admiração pelo ambiente, reconhecendo uma dimensão transcendente;

d) Globalistas: o seu foco prioritário centra-se na relação com Deus, apesar de reconhecerem a importância da relação consigo próprio, com o ambiente e com os outros para o desenvolvimento do BEE;

e) Racionalistas: são pessoas que adotam os aspetos do conhecimento inerentes aos três primeiros domínios. Têm uma perspetiva mais restrita do BEE, dado que, não aceitam os aspetos transcendentais e das relações.

Esta definição abrangente apresenta, também, maior potencial de adequação a diferentes grupos ideológicos, permitindo a mensuração discriminada das várias dimensões de BEE ou mesmo de perfis pessoais deste constructo (e.g., personalistas, racionalistas, ou globalistas). Uma adequada diferenciação e mensuração destas dimensões poderá ser relevante uma vez que parecem ter repercussões distintas nas medidas de bem-estar físico e psicológico (Gomez & Fisher, 2003).

1.2. A SAÚDE MENTAL E O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO NO PROCESSO DE SAÚDE

O envelhecimento da população é uma realidade com repercussões em diversas áreas, nomeadamente no aumento de pessoas portadoras de doenças crónicas que sobrevivem mais anos e que requerem mais cuidados, constituindo um grave problema de saúde pública (WHO, 2013). De acordo com a base de dados da PORDATA, o índice de envelhecimento na União Europeia é de 113,2% e em Portugal de 129,6%; acrescente-se a este fato, o aumento de 103 pontos percentuais do índice de envelhecimento em Portugal nos últimos 51 anos (em 1960

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

apresentava um valor de 26% enquanto em 2011 apresentava um valor de 129,6%) (PORDATA, 2011). Reconhece-se, assim, que a população portuguesa tem vindo a aumentar, contudo com um crescimento natural cada vez menor, contribuindo para um envelhecimento do nosso país (ARS-LVT, 2014) (Sousa, 2009).

Entende-se por doença crónica, a situação de evolução prolongada com desenvolvimento gradual dos sintomas, potencialmente incapacitante afetando de forma prolongada as funções psicológica e/ou fisiológica; pode apresentar limitações na resposta ao tratamento, repercutindo-se de forma negativa nos contextos social e psicológico da pessoa (DGS., 2010); (Dias & Paixão, 2010).

Relativamente à morbilidade consequente da vivência da doença crónica, (Livneh & Richard Antonak, 2005) identificaram oito áreas de vida que ficam afetadas: 1) aumento da frequência do *stress*; 2) crise psicológica relacionada com episódios agudos da doença; 3) sentimentos de perda e luto que pode incluir a perda da capacidade de parte do corpo, ou mudança no papel social; 4) mudanças na imagem corporal resultante da doença ou de efeitos dos tratamentos médicos; 5) alteração no autoconceito, particularmente para pessoas com doenças com incapacidades visíveis; 6) aumento do estigma através de respostas tendenciosas dos outros; 7) enfrentar a incerteza e a imprevisibilidade; 8) alterações na qualidade de vida.

Desta forma podemos afirmar que a vivência da doença crónica transporta alterações ao nível do bem-estar psicológico e da saúde mental (Chapman, Perry, & Tara, 2005). Tal opinião é, também, defendida por (Bishop, 2005), p.219), quando refere que a doença crónica pode ser definida como “*um longo processo de adaptação aos diferentes níveis físico, psicológico, social e ambiental*”. Como consequência, a (WHO, 2008), refere que o aumento significativo de pessoas com doenças crónicas tem um grande impacto económico, causado não só pelos custos relacionados, diretamente, com o tratamento da saúde, como também, por aqueles derivados da diminuição da força laboral, pela incapacidade e perda de produtividade.

Quanto à Escala de Avaliação Espiritual (*Scale Assesement Spiritual*), traz-nos a possibilidade de avaliar três áreas distintas: fé pessoal, paz espiritual e prática religiosa. Apesar da definição da BEE não implicar a referência específica a uma entidade transcendente, a verdade é que assume uma perspectiva marcadamente cristã, com referência a Deus em quase todos os itens (O'Brien, 2003); (Rego, 2009).

Apesar deste interesse investigativo nestas áreas, a ausência de definições operacionais de espiritualidade e religiosidade, a contaminação de itens de espiritualidade com medidas de religiosidade, um alto nível de abstração destes conceitos pode contribuir para as principais limitações da investigação nesta área (Miller & Thoresen, 2003); (Hill & Pargament, 2003). Uma possibilidade de obviar este constrangimento é a utilização de metodologia multivariada, pois permite estimar a magnitude da associação entre as variáveis religiosas e os resultados de saúde, controlando os efeitos de outras variáveis (Ellison & George, 1994).

Quando falamos de BEE e religiosidade associamos de imediato a pessoas em grande sofrimento, pois parece haver a necessidade de desenvolver estas dimensões apenas quando a ciência já não apresenta soluções de resolução. Articulando esta ideia com o fato da sociedade ter sofrido inúmeras transformações, no último século, com consequências múltiplas na vida humana, – como o aumento da esperança média de vida da população europeia, conduzindo a uma população mais idosa e com patologia crónica – iremos focar a nossa atenção na Pessoa com doença crónica.

Em Portugal, a prevalência das doenças crónicas é crescente e, segundo os dados revelados no 2º Fórum Internacional sobre o Doente Crónico (Dias & Paixão, 2010), cerca de metade da população tem pelo menos uma doença crónica, e cerca de 500 mil portugueses vivem ou (con)vivem com cinco ou mais doenças crónicas, o que representa um considerável impacto na qualidade de vida das pessoas. Desta forma, a resposta à pessoa com doença crónica é, porventura, o maior desafio que os sistemas de saúde enfrentam no século XXI, tendo, em especial atenção, o facto de que as doenças crónicas atingem mais de metade da população no mundo ocidental, crescem cerca de 2,5% ao ano no grupo dos idosos e representam cerca de 60 a 80% das despesas em saúde (Campos, 2010). Assumimos a necessidade de *olhar* atentamente para esta população.

Assim, surge a seguinte questão: qual a relação entre saúde mental e bem-estar psicológico? Ao interrogarmo-nos sentimos necessidade de apresentar a definição destes conceitos e posteriormente a conexão entre si.

A definição de saúde como “ausência de doença”, ou de desconforto físico é uma perspetiva muito redutora e pouco esclarecedora, podendo induzir a intervenção dos profissionais de saúde, apenas, na dimensão física descurando as componentes emocionais e sociais do processo de saúde/doença. A evolução dos conceitos tem sempre uma matriz pessoal, cultural, política, histórica, científica e social que sustenta estas modificações. Assim, é consensual que a maioria das pessoas deseje alcançar uma vida efetiva e de bem-estar e não somente a sobrevivência ou a ausência de doença. A compreensão dos conceitos de bem-estar e saúde foram sofrendo diversas alterações. O atual modelo enfatiza a função psicológica positiva para a saúde mental e não se foca apenas na doença. Assim, saúde é: “*não é apenas a ausência de doença ou de enfermidades, mas é também o completo estado de bem-estar físico, mental e social*”p.3 (WHO, 2001). À medida que se desenvolve a compreensão do relacionamento entre as variáveis individuais, familiares, sociais e ambientais, maior é a evidência de que a saúde mental é determinada por uma multiplicidade de fatores e é indispensável para o bem-estar dos indivíduos (CCE, 2005). De outro modo, podemos entender a Saúde Mental como um estado de funcionamento ótimo do ser humano, salientando a importância da promoção das qualidades da pessoa na otimização do seu potencial.

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Na segunda metade do século XX, após a II Guerra Mundial, sucederam-se alterações socioeconómicas que modificaram o conceito de Saúde e estabeleceu-se uma nova percepção acerca das componentes biológicas, políticas, sociais e económicas, necessárias para a promoção da qualidade de vida (Almeida, Gutierrez, & Marques, 2012); (Pais-Ribeiro, 2005). Por conseguinte, observou-se que a qualidade de vida funciona como determinante e como resultado da dinamização da saúde, na medida em que objetiva o bem-estar que, por sua vez, influencia a saúde e, conseqüentemente, a qualidade de vida. Também, (Manderscheid, et al., 2010) afirmam que os conceitos de bem-estar e de doença modificaram-se ao longo do século XX, alterando o foco de atenção, incidindo na pessoa em vez de ser no diagnóstico, havendo alteração do modelo de “ausência de doença” para o modelo da influência positiva das funções psicológicas na saúde mental.

Atualmente, a conceptualização holística da saúde considera de forma integrada a dimensão física, social, emocional, intelectual e espiritual (Fisher & W., 2010 a); (Fleck, Borges, Bolognesia, & Rocha, 2003). Deste modo, a saúde mental é tão importante como a saúde física para o bem estar dos indivíduos (WHO, 2001). É um conceito multidimensional, dinâmico, determinado por uma multiplicidade de fatores, nomeadamente biológicos (por exemplo, genética e sexo), individuais (como por exemplo, os antecedentes pessoais), familiares e sociais (como é o caso do enquadramento social) e económicos e ambientais (por exemplo, estatuto social e condições de vida). Este conceito adoptado pela OMS tem implícito um compromisso, que se centra na mudança. Considera-se que a saúde é fonte de projecto, mas é também objecto de projecto (Honoré, 2002) A saúde é algo que ambicionamos. É por isso que podemos falar não só de projecto de saúde mas também, de que a saúde promove a realização de projectos. No fundo há uma relação entre projecto de saúde e projecto de vida - é a saúde que permite a realização de projectos, que possibilita dar forma à vida. Facilmente compreendemos que falar de saúde é também falar de saúde mental, pois estas duas vertentes encontram-se interligadas e são interdependentes, assim a saúde mental é indivisível da saúde em geral.

Assim, a Organização Mundial de Saúde define saúde mental como “...estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas próprias habilidades pode lidar com o stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de dar um contributo para a sua comunidade” (WHO, 2001, p.4). Neste sentido, o conceito de saúde, numa perspetiva exclusivamente associada à ausência de doença física, evoluiu para um conceito mais amplo, multidimensional e multidisciplinar, sendo hoje entendido como um recurso positivo para viver melhor, que apela à envolvimento do meio em que o indivíduo se insere e à forma como este o interpreta (Vaillant, 2003). Decorrente do que referimos, inferimos que a saúde contribui para o bem-estar do indivíduo na medida em que a mesma passa igualmente a contemplar os aspetos psicossociais que envolvem o indivíduo, bem como a qualidade e a satisfação com as condições circunstanciais da sua vida. Definir a saúde em termos de bem-estar representa a

possibilidade de alterar os critérios presentes no modelo de “doença” para os modelos de “saúde”, e.g. integrar na avaliação dos indivíduos estados de “bem-estar” e de “mal-estar”.

A saúde mental é o cerne do bem-estar e do funcionamento efetivo individual e comunitário (Vaillant, 2003). Podemos afirmar que saúde e doença são dois conceitos difíceis de distinguir; são conceitos de um mesmo *continuum*, num modelo dinâmico de saúde. Saúde será um estado positivo de bem-estar físico, mental e social e no outro extremo será a doença. Saúde e doença consideram-se estados dinâmicos, constantemente sujeitos a alterações à medida que a pessoa se adapta a mudanças do meio interno e externo.

O crescente interesse em psicologia positiva, exige instrumentos válidos e confiáveis que medem os conceitos essenciais nesta área de pesquisa (Keyes & Lopez, 2002). Importa fazer uma pequena incursão sobre a área da psicologia positiva uma vez que iremos desenvolver o conceito de bem-estar psicológico. (Sheldon & King, 2001) definem a psicologia positiva como a área científica que estuda as forças e virtudes, e.g. uma postura apreciativa em relação ao potencial, motivação e capacidades humanas promovendo o BEP. É cada vez mais claro que o funcionamento do ser humano não pode ser caracterizado, apenas a partir dos quadros negativos ou exclusivamente focados em problemas. Este movimento científico denominado por *psicologia positiva* surgiu nos EUA na década de noventa por Martin Seligman e tinha como finalidade alterar o foco de atenção das situações desagradáveis da vida para o estudo das situações que fazem com que a vida tenha sentido (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Esta área da psicologia defende as emoções como sendo “*positivas*” e “*negativas*”. As “*positivas*” são aquelas que favorecem a aproximação e por consequência o contato com o outro, enquanto as emoções “*negativas*” têm o efeito contrario (Fredrickson, 2001). Complementando esta ideia, o biólogo Maturana (2001) defende que é a emoção que nos leva a agir e a interagir com o outro e não a razão. Defende ainda que o amor é uma emoção que amplia e estabiliza a interação enquanto a agressão conduz ao afastamento, pelo que, esta emoção é tanto mais necessária quanto mais complexas sejam as sociedades. É pois urgente estar atento ao desenvolvimento de virtudes, como o caráter, a felicidade, o bem-estar, para que a sua discussão possa produzir um conhecimento capaz de transpor o ambiente clerical e a superficialidade dos manuais de auto-ajuda, de modo a acreditar- *aqui e agora*- na sua existência.

De acordo com Fredrickson (2001), as emoções positivas fortalecem o nosso repertório físico, social e intelectual, desenvolvendo recursos que poderemos mobilizar aquando de uma ameaça. Esta autora defende ainda que, do ponto de vista do desenvolvimento humano, um ótimo funcionamento não pode prescindir da existência de emoções “*positivas*”. Acreditamos não estar a ser muito ousadas ao afirmar que o “*motor impulsionador*” da humanidade, desde sempre, tem sido a conquista da felicidade, do bem-estar, e.g. o desejo por uma vida melhor.

O interesse em investigar o conceito de bem-estar tem vindo a crescer nas últimas décadas (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999); (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002) (Dodge, Daly, Huyton, & Sanders, 2012).

Já Rogers (Rogers, 1985) e Maslow (Maslow, 1968) defendiam que o bem-estar psicológico tem como principal objetivo a operacionalização de dimensões do funcionamento psicológico positivo. O sentido de bem-estar psicológico é determinado pela interação entre as oportunidades e as condições de vida, a forma como as pessoas organizam o conhecimento sobre si e sobre os outros e a forma como respondem às necessidades pessoais e sociais.

É nosso propósito desenvolver esta dimensão da saúde mental – bem-estar psicológico. Nos últimos dez anos desenvolveu-se inúmera investigação sobre o bem-estar (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999)(Díaz, et al., 2006) que ampliaram consideravelmente o mapa concetual deste constructo. Como estes estudos documentam, a ausência de sofrimento mental não garante a presença de bem-estar (Manderscheid, et al., 2010). Os trabalhos de Ryff (1989) e, mais tarde, Ryff & Keyes (1995), são dois marcos na literatura sobre o tema. Um instrumento popular neste campo é Escalas de Ryff de bem-estar psicológico (SPWB). Carol Ryff desenvolveu este instrumento com base em uma extensa revisão da literatura e da integração da saúde mental, teorias do desenvolvimento clínico e expectativa de vida (Ryff, 1989 a). Ela argumentou que essas perspetivas incorporar critérios semelhantes e complementares de saúde psicológica positiva. As dimensões teoricamente derivadas da saúde psicológica positiva incluem a autoaceitação, relações positivas com os outros, autonomia, domínio do ambiente, propósito na vida e crescimento pessoal. Estas dimensões, em conjunto, podem contribuir para a avaliação do nível de uma pessoa de funcionamento positivo e bem-estar.

A apreciação crítica de Ryff (1989 a) a conceitos anteriores, como o bem-estar subjetivo (Diener, 1984) contribuiu para o desenvolvimento do conceito de bem-estar psicológico (BEP). O BEP não se restringe apenas à felicidade hedónica mas desenvolve, também, os aspetos relacionados com a realização pessoal, as metas fundamentais da vida descrevendo o desenvolvimento do potencial humano. O BEP deve ser resultado da presença de recursos psicológicos e efetivos que se inscrevam no âmbito da saúde mental, necessitando, para tal de desenvolver um modelo explicativo para este constructo.

O modelo de BEP proposto por Ryff (1989) está alicerçado em três domínios teóricos: psicologia do desenvolvimento de Erikson (Erikson, 1963/1968), Buhler (Bühler, 1935); psicologia clinica representada por Maslow (Maslow, 1968/1972), Rogers (Rogers, 1985) e Jung (Jung, 1930-191); abordagem de saúde mental de Jahode (Jahoda, 1958). Através da convergência destes três domínios surge um constructo multidimensional que abrange dimensões de natureza cognitiva e afetiva, as quais permitem identificar as qualidades e/ou fragilidades do funcionamento psicológico (Ryff & Keyes, 1995) (Triadó, Villar, Salé, & Celdrán, 2007). Em seguida apresentamos os seis domínios identificados para operacionalizar o bem-estar psicológico:

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Autoaceitação: é uma característica central da saúde mental e implica, por parte do sujeito, uma atitude positiva, em relação a si próprio e à sua vida passada, em reconhecer e aceitar diversos aspetos de si mesmo (sejam eles psicológicos ou físicos), incluindo características positivas e negativas; é uma característica que revela elevado nível de autoconhecimento, ótimo funcionamento e maturidade. Apresentar atitudes positivas consigo mesmo é uma característica fundamental do funcionamento psicológico positivo (Keyes & Lopez, 2002);

Relacionamento positivo com os outros: refere-se à capacidade de se relacionar e de estabelecer laços sustentáveis com os outros, assim como a partilha de emoções e sentimentos, o estabelecimento de empatia, de respeito e de amizade. O indivíduo precisa de manter relações sociais estáveis e ter amigos em quem possa confiar. A capacidade para amar é uma componente fundamental para o bem-estar (Allardt, 1996) e consequentemente para a saúde mental (Ryff, 1989 b);

Autonomia: entendida como autodeterminação, independência do comportamento e das intervenções a realizar. Está relacionada com a capacidade de resistência às pressões sociais para pensar e agir de determinada maneira; Para poder manter a própria individualidade em diferentes contextos sociais, o indivíduo necessita de acreditar nas suas próprias convicções de autodeterminação e manter a sua independência pessoal (Ryff & Keyes, 1995);

Controlo sobre o meio: tem a ver com as habilidades e competências tendo em vista o domínio do ambiente. Destacam-se, neste contexto, as competências relacionadas com a gestão e o controlo do ambiente; a identificação e a utilização das oportunidades; desenvolver ou alterar de forma pró-activa os contextos de forma a dar resposta às suas necessidades e aos seus valores; Os indivíduos com elevado domínio do ambiente apresentam uma sensação de controlo do meio permitindo-lhes influir nos diferentes contextos (Díaz, et al., 2006);

Objetivos (ou propósito) de vida: compreensão do propósito e do significado que os indivíduos atribuem às suas vidas. Está intencionalmente direcionado para a concretização dos objetivos que cada sujeito se propõe alcançar;

Desenvolvimento pessoal: desenvolvimento constante e contínuo do potencial de cada indivíduo. Este aspeto está relacionado com a abertura a novas experiências, novos conhecimentos e novos objetivos evitando a estagnação e promovendo a autorrealização (Keyes & Lopez, 2002);

Para avaliar estas dimensões teóricas Ryff desenvolveu um instrumento - *Escala de Bem-Estar Psicológico, SPWB*. O procedimento utilizado para a sua construção é definitivamente um dos seus pontos fortes (Van Dierendonck, 2004). O instrumento final ficou com 20 itens por escala. Dado a extensão deste instrumento (120 itens no total), houve necessidade de propor outras versões mais curtas. (Ryff & Keyes, 1995), desenvolveram uma versão de 3 itens por sub-escala, selecionando aqueles que melhor se encaixam com o modelo teórico proposto para seis fatores. Houve ainda a necessidade de desenvolverem uma

versão de nove itens por escala e por último apresentarem uma versão de sete itens por escala o que equivale a um total de 42 itens.

Neste modelo, o bem-estar psicológico é definido como um constructo multidimensional que abrange um conjunto de dimensões do funcionamento psicológico positivo. O bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico têm em comum a possibilidade de caracterizar a percepção pessoal de felicidade e satisfação através das vivências e experiências de vida, numa ótica de avaliação dos critérios de referência do próprio indivíduo e das suas capacidades de autoanálise. Desta forma, o bem-estar resulta da expressão pessoal e subjetiva da avaliação direta e introspectiva baseada nos valores pessoais (Ryff, 1989), (Novo, 2005).

O BEP traduz a avaliação subjetiva que o indivíduo faz da sua vida, incluindo conceitos como a satisfação com a vida, a felicidade, as emoções agradáveis, os sentimentos de realização pessoal, de satisfação com o trabalho e qualidade de vida, em detrimento de sentimentos negativos e desagradáveis (Diener, 2003). Assim, o BEP representa a avaliação acerca da vida num determinado momento. Deste modo, o BEP pode não significar saúde psicológica mas sim refletir o bem-estar necessário para se considerar que se *está bem* na vida. Considera-se que as pessoas com BEP valorizam-se a si próprias, são mais auto-confiantes e sentem-se mais capazes para se ajustar e controlar a realidade em que estão inseridas. A possível relação entre o BEE e o BEP, sendo o primeiro precursor do segundo, mas a confirmação empírica está ainda por demonstrar é defendido por (Gomez & Fisher, 2003).

É de salientar que a vivência de uma situação de doença crónica não pode nem deve impedir que a pessoa prossiga um projeto de saúde, mesmo que sinta necessidade de o reformular, continuamente, de acordo com as implicações da doença no desenvolvimento das suas atividades de vida diária. É neste processo dinâmico, contínuo, desejável mas nem sempre fácil, que a intervenção do enfermeiro poderá ser de grande utilidade. A enfermagem atual tem como paradigma prestar uma assistência holística, em que a relação de ajuda assume o papel central, devendo ter em conta a pessoa na sua globalidade e singularidade. Vários modelos teóricos de enfermagem enfatizam a espiritualidade, no entanto esta dimensão tem sido descurada.

Decidida a nossa população alvo – pessoa com doença crónica- é imperativo identificar qual é a que exige o nosso olhar mais direcionado. As doenças crónicas que apresentam maiores índices de mortalidade e morbidade, na atualidade, são as cardiovasculares, o cancro, as afeções respiratórias crónicas e a diabetes, estimando-se que provoquem em cada ano: 35 milhões de mortes – 60 % a nível mundial (DGS, 2013). Esta mesma organização refere ainda que a diabetes *mellitus* é a doença endócrina crónica, com maior expressão no mundo (WHO, 2014). Também, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 afirma que as duas doenças crónicas com maior expressão na atualidade são a depressão e a diabetes (DGS, 2010). Deste modo, optamos por nos debruçar sobre a Pessoa com diabetes.

1.3. SÍNTESE DO CAPÍTULO

Tivemos como propósito apresentar uma revisão da literatura do dos seguintes constructos: religiosidade, espiritualidade, bem-estar espiritual, bem-estar psicológico e saúde mental. Na última década, religiosidade e espiritualidade têm sido alvos de uma atenção crescente nos campos da psicologia e saúde (Rosmarin, Wachholz, & Ai, 2011). A espiritualidade e a religiosidade têm sido correlacionadas positivamente com menores níveis de ansiedade (Koenig, Ford, George, & al, 1993) menores níveis de depressão (Smith, McCullough, & Poll, 2003), e um aumento dos níveis de felicidade, satisfação com a vida e de bem-estar (Lewis & Cruise, 2006) (Koenig & Larson, 2001). Apesar de inequívoca esta relação é importante conhecer os mecanismos que lhe estão subjacentes.

Corroborando com o referencial mais existencialista e pelos argumentos expressos pelos autores que defendem que um país com um fundo mais secular, como é o caso de Portugal, deverá haver a distinção entre espiritualidade e religiosidade, escolhemos avaliar a dimensão da religiosidade de forma distinta da espiritualidade, (Menendez, 2007) (Moberg, 2002).

No que diz respeito à **espiritualidade**, constructo multidimensional com dificuldade na sua operacionalização torna-se mais polémico (Koenig, 2012). Por acreditarmos ser importante explorar esta dimensão, optámos por um constructo mensurável – **bem-estar espiritual** (BEE). O conceito de bem-estar espiritual emergiu associado aos conceitos de bem-estar e qualidade de vida enfatizando a importância da dimensão espiritual para a saúde. Na nossa pesquisa deparámo-nos com alguns constrangimentos quanto às inúmeras definições de um mesmo conceito e a utilização de um mesmo conceito em diferentes perspetivas, nem sempre expressas de forma clara e evidente.

Apesar do interesse investigativo nestas áreas, a ausência de definições operacionais de espiritualidade e religiosidade, a contaminação de itens da espiritualidade com medidas de religiosidade, um alto nível de abstração destes conceitos (Sloan, Bagiella, & Powell, 1999) pode contribuir para as principais limitações da investigação nesta área (Miller, 2003) (Chatters, 2000) (Hill & Pargament, 2003). Atualmente, a conceptualização holística da saúde considera de forma integrada a dimensão física, social, emocional, intelectual e espiritual (Fisher, 2010 a) (Fleck, Borges, Bolognesia, & Rocha, 2003). Deste modo, a saúde mental é tão importante como a saúde física para o bem estar dos indivíduos (WHO, 2001). A saúde mental é o cerne do bem-estar e do funcionamento efetivo individual e comunitário (Vaillant, 2003).

Diversos estudos examinaram a relação da religiosidade e/ou espiritualidade com diversos aspetos da saúde mental. A maioria deles aponta para melhores indicadores de saúde mental e adaptação ao *stress* nas pessoas que desenvolvem atividades religiosas formais (Moreira, 2006). Acresce o fato do envelhecimento da população portuguesa ser uma realidade com repercussões diversas quer no aumento de pessoas portadoras de doenças

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

crónicas que sobrevivem mais anos quer, ainda, na procura de mais cuidados de saúde, constituindo um grave problema de saúde pública.

As doenças crónicas com maiores índices de mortalidade e morbilidade são as cardiovasculares, o cancro, as afeções respiratórias crónicas e a diabetes (WHO, 2014). Esta mesma organização refere ainda que a diabetes *mellitus* é a doença endócrina crónica, com maior expressão no mundo. Também, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 afirma que as duas doenças crónicas com maior expressão na atualidade são a depressão e a diabetes (DGS, 2013). Deste modo, optamos por nos debruçar sobre a Pessoa com diabetes.

CAPÍTULO 2 – ESPIRITUALIDADE E SAÚDE MENTAL NA VIVÊNCIA DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Na Europa o número de pessoas com diabetes deverá aumentar 20% até 2030 (Whiting, Guariguata, Weil, & Shaw, 2011). Estima-se que em 2030 o número de pessoas com diabetes no mundo atinja os 552 milhões, o que representa um aumento de 49% da população atingida pela doença (Wild, Roglic, Green, Sicree, & King, 2004). Com base nos critérios diagnósticos definidos pela OMS, o estudo da prevalência da diabetes em Portugal (Gardete Correia, et al., 2010) veio evidenciar esta preocupante realidade portuguesa, colocando Portugal como o país europeu com maior prevalência desta doença. Dados recentes do Relatório do Observatório Nacional da Diabetes referem que a prevalência da diabetes em 2012 era de 12,9% da população portuguesa, o que equivale a aproximadamente 1 milhão e trezentos mil indivíduos (Gardete Correia, et al., 2013). Neste documento, podemos ainda constatar uma relação inversa entre o nível educacional e a prevalência da diabetes, e.g. quanto mais elevado for o nível educacional, menor é a prevalência da diabetes. Verificou-se a existência de uma diferença significativa na prevalência da diabetes entre os homens e as mulheres, apresentando valores de 10,2% para as mulheres e de 14,7% para os homens. No grupo etário dos 20-39 anos apresenta valores de 2%, no grupo 40-59 anos com 12,8%; no grupo 60-79 anos com 27,1%. Reconhece-se, assim, uma relação direta entre o aumento da prevalência da diabetes e o envelhecimento. Verificou-se, ainda, que mais de um quarto da população portuguesa no grupo etário dos 60-79 anos apresenta diabetes.

Esta doença crónica apresenta um alargado espectro de complicações, uma vez que afeta todos os sistemas traduzindo-se num impacto significativo na vida dos doentes e famílias, causando sofrimento psicológico.

Concorrendo para uma maior sensação de bem-estar físico e emocional, a espiritualidade é, cada vez mais, reconhecida como uma componente importante da saúde humana que auxilia na gestão do quotidiano e das incertezas, decorrentes da diabetes tipo 2 (Nichols & Hunt, 2011).

2.1. A RELIGIOSIDADE, ESPIRITUALIDADE E BEM-ESTAR ESPIRITUAL NA VIVÊNCIA DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Uma vez que iremos desenvolver o nosso trabalho sobre a pessoa com diabetes *mellitus*⁴, torna-se necessário apresentar a classificação desta entidade clínica. Assim, a diabetes contempla quatro classes clínicas: diabetes tipo1, diabetes tipo2, diabetes gestacional e outros tipos específicos de diabetes (Sacks, 2011)

A forma mais frequente de diabetes *mellitus* (90% dos casos) é a denominada diabetes tipo 2. Esta doença apresenta alterações na sua incidência e prevalência em diversas regiões do mundo, com um crescimento progressivo em todas elas, sendo que a sua maior prevalência se situa no grupo etário acima dos 50 anos (Gardete Correia, et al., 2010), (WHO, 2012).

A diabetes tipo 2, caracteriza-se pela diminuição da produção de insulina, associada a fatores como: alimentação incorreta, a vida sedentária, exercício físico insuficiente, contribuem para o fenómeno de insulinoresistência. O aumento da prevalência deste tipo de diabetes encontra-se associado às rápidas mudanças culturais e sociais, ao envelhecimento da população, à crescente urbanização, às alterações alimentares, à redução da atividade física e aos estilos de vida nocivos. Tendo por base este indicador epidemiológico e todas as repercussões que daí advêm, a opção por realizar esta investigação junto desta população parece-nos pertinente e muito atual. Este tipo de diabetes tem, também, associado um elevado *stress* psicossocial, apresentando inúmeras repercussões ao nível psicológico, do bem-estar e qualidade de vida (Weinger & Lee, 2006). Esta situação decorre do domínio da vida do indivíduo e da sua vida familiar e /ou profissional pelas repercussões emocionais, financeiras, laborais, familiares e pela possibilidade constante de complicações agudas e crónicas (Cruz, 2005). Associado a estas complicações também existe investigação que nos refere uma alta prevalência de co-morbidade psicológica, designadamente, o desenvolvimento de sintomatologia depressiva (Wayne, 2010). Este quadro sintomatológico advém, essencialmente, de uma série de complicações, tais como retinopatia, neuropatia, nefropatia, doença macrovascular e “pé diabético” que conduzem a alterações significativas no quotidiano e no bem-estar da pessoa com diabetes (de Groot, Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001).

O domínio espiritual tem sido frequentemente negligenciado, descurado ou esquecido pelos enfermeiros e por outros profissionais de saúde, mesmo após a evidência do papel crucial, no processo de saúde, que a espiritualidade desempenha.

Em sùmula, face às múltiplas operacionalizações deste constructo e às críticas realizadas é uma tarefa árdua selecionar um instrumento o mais adaptado possível a cada

⁴ Neste trabalho, no sentido de facilitar a leitura, utilizamos a expressão diabetes tipo 2 ao referirmo-nos à diabetes *mellitus* tipo2.

objetivo de investigação. Identificadas algumas dificuldades com que nos deparámos, e no sentido de as ultrapassar, escolhemos incorporar outro conceito permitindo outra perspetiva a esta investigação. Deste modo, queremos destacar a relação existente entre doença crónica e **saúde mental** partindo da definição de saúde mental como *“um estado de bem-estar em qual o indivíduo realiza as suas próprias capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e ser capaz de dar um contributo para a sua comunidade”* (OMS, 2007). Podemos afirmar que, num sentido positivo, a saúde mental é o fundamento do bem-estar e funcionalidade efetiva, permitindo uma adaptação ativa ao meio social (Rodríguez-López, 1997).

2.2. A SAÚDE MENTAL E O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO NA VIVÊNCIA DA PESSOA COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

A diabetes sendo uma doença desafiadora no que diz respeito às inúmeras exigências que acarreta no quotidiano, a sua vivência caracteriza-se por sucessivas alterações e estados de desequilíbrio nas dimensões física, psicológica, social, laboral, espiritual e familiar. Compreender estes diferentes processos adaptativos pode tornar os enfermeiros mais competentes na ajuda à gestão mais eficaz da doença. Assim, é essencial focar no bem estar psicológico, no lado emocional da diabetes, pois estes doentes conhecem bem a frustração e a zanga de ter uma doença incurável e o reconhecimento de que por muitos esforços que façam poderão não ser suficientes para controlar o percurso da doença. Numa investigação recente, percebemos que os indivíduos com diabetes tipo 2, onde foram aplicadas as esclas de bem estar psicológico de Ryff, apresentavam menor bem-estar psicológico que o grupo de controle (que não apresentavam diabetes tipo 2) independente do género (Randhir Singh, 2014). Apesar dos inúmeros estudos de investigação publicados, é difícil provar a causalidade do efeito da espiritualidade/ religiosidade sobre a saúde mental, embora a inter-relação possa ser demonstrada de forma efetiva (Chapple, 2003).

Relativamente à relação entre saúde mental e espiritualidade, também, aqui estes resultados estão muito dependentes das definições e operacionalização dos constructos utilizados pelo que os resultados podem ser inconsistentes (Sawatzky, et al., 2005). Desta forma, não podemos inferir uma relação causal direta entre espiritualidade e saúde mental, mas existem alguns estudos epidemiológicos que sugerem que a religiosidade e a espiritualidade poderão preceder o bem-estar (e.g. Levin & Chatters, 1998). Uma vez que o desconforto psicológico ocorre em qualquer momento da vida, o desenvolvimento do bem-estar espiritual tem um papel vital na adaptação ao *stress*.

Tal como já referido, os estudos até agora sugerem uma associação entre envolvimento religioso e melhores resultados de saúde mental, incluindo uma maior autoestima, melhor adaptação ao luto, uma menor incidência de depressão e ansiedade, uma menor probabilidade de abuso de álcool e drogas, e maior satisfação com a vida e felicidade em geral (Koenig & Larson, 2001). Todavia desconhecemos o impacto da religiosidade e do BEE na pessoa com diabetes, designadamente no BEP e na saúde mental. Constatámos a existência de uma associação entre depressão e o desenvolvimento de comportamentos de saúde nocivos (tabagismo, inatividade física, obesidade) o que por sua vez, conduz a um risco acrescido em desenvolver situações de diabetes tipo 2 (Mezuk, Eaton, Albrech, & Golden, 2008) enquanto outros não encontram essa associação tão significativa (Knol, et al., 2006). Atestámos, também, que a diabetes pode aumentar o risco de depressão devido à sensação de ameaça e perda pelo diagnóstico e pela necessidade de alteração do estilo de vida. Por outro lado existem dados que nos indicam que a depressão poderá estar associada a alterações vasculares, como sucede no caso da diabetes (Gois, Dias, Raposo, Carmo, & Barbosa, 2012). Em suma, as evidências científicas sugerem que o relacionamento entre estas duas condições é bidirecional e podem alterar ao longo da vida, contudo a relação entre depressão e diabetes tipo 2 continua ainda por esclarecer. A depressão é frequentemente considerada uma comorbilidade resultante da carga diária da vivência da diabetes. Finalmente, Schmitz, Gariépy, Smith, & al, (2014) concluem que a identificação precoce dos quadros depressivos, a sua monitorização e tratamento podem contribuir para melhorar o funcionamento e qualidade de vida da pessoa com diabetes tipo 2.

Dificuldades na área psicossocial são frequentemente referidas entre as pessoas com diabetes mas, muitas vezes, não são identificados, logo não são sujeitos a uma intervenção específica e adequada (Peyrot & Rubin, 1997).

Do que referimos, podemos afirmar a existência de uma associação bidirecional entre depressão e diabetes *mellitus* (Golden, 2007). A depressão é um fator de risco para diabetes (Gois, Dias, Raposo, Carsmo, & Barbosa, 2012) e esta aumenta o risco da depressão (Nouwen, et al., 2010), contribuindo para uma fraca adesão à medicação, para o não cumprimento da dieta prescrita, para a falta de exercício físico, para controlo glicémico insuficiente, para uma redução da qualidade de vida (Lustman & Clouse, 2005).

Recorrendo novamente ao conceito de saúde mental, já referido anteriormente, como um estado de bem-estar em que a pessoa tem competências para lidar com as tensões do quotidiano, concluímos que a saúde mental é essencial para a adaptação positiva às mudanças.

A incapacidade resultante deste processo de doença conduz a pessoa a desenvolver respostas intencionais de adaptação na procura de um equilíbrio. Deste modo, um problema de saúde mental (quer seja o diagnóstico de depressão, sintomatologia ansiosa, tristeza, entre outros), interfere com as capacidades cognitivas, emocionais ou sociais de uma pessoa,

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

prejudicando a capacidade de uma pessoa controlar e gerir a sua vida. O impacto da falta de saúde mental pode afetar a capacidade da pessoa viver de forma independente e satisfazer as suas necessidades diárias, quer na relação consigo própria, quer ainda na relação com os outros e com o meio ambiente. É neste contexto que os cuidados de enfermagem assumem uma singular importância, “*quer ao nível educacional, na promoção de comportamentos saudáveis, na promoção do autocuidado, na adesão e gestão dos regimes terapêuticos ou ainda, na procura do sentido da vida*” p. 84 (Vieira, 2007).

Nessa procura, a espiritualidade é um aspeto importante e integrante dos paradigmas de enfermagem. Compreender a dimensão espiritual da experiência humana, através do bem-estar espiritual, é da máxima importância para a enfermagem, quer pelo facto de ser uma exigência contemporânea, quer ainda por que é uma prática baseada numa disciplina em que o seu *core* é o cuidar.

É nosso propósito desenvolver a dimensão da saúde mental através de indicadores de ansiedade, depressão, perda de controlo emocional/comportamental e bem-estar psicológico (Ware, et al., 1993). As diferentes vertentes encontram-se interligadas e são interdependentes, assim a saúde mental é indivisível da saúde em geral. Podemos abordar este conceito de duas formas: uma relativa ao sofrimento, em que o foco será a doença mental ou o sofrimento; e outra relativa aos fatores protetores da saúde mental. Uma vez que nos importa evidenciar as potencialidades, as “forças” mobilizadoras no desenvolvimento da saúde mental, sentimos necessidades de mobilizar o referencial sobre a saúde mental positiva de Vaillant (Vaillant, 2012). Este autor apresenta-nos seis possibilidades de explorar o conceito de saúde mental. Numa primeira, a saúde mental é definida como uma entidade acima do normal (como sintetizado pela Avaliação Global de um DSM-IV de Funcionamento (GAF, 6) pontuação de mais de 80). Numa segunda perspetiva, pode ser considerada pela presença de múltiplas potencialidades humanas e não a presença de fragilidades. Em terceiro lugar, pode ainda ser analisado tendo em conta a maturidade que se vai alcançando ao longo do ciclo vital. Em quarto lugar, pode ser visto como o domínio de emoções positivas. Em quinto lugar, ele pode ser articulada coma a inteligência socioemocional elevada. Em sexto lugar, pode ser vista como o bem-estar subjectivo. Em sétimo lugar, pode ser conceituada como a resiliência.

A saúde mental no adulto reflete um processo contínuo de amadurecimento desdobramento e mielinização cerebral progressiva, que se torna mais evidente na sexta década de vida (Bene, Turthe, Khan, & Farol, 1994). Estudos prospetivos revelam que os indivíduos apresentam menos quadros de depressão e apresentam uma maior modulação emocional aos 70 anos do que na década dos 30 anos (Vaillant, 2000). Esta ideia parece-nos muito pertinente uma vez que a nossa sociedade tem um índice de envelhecimento muito elevado, pelo que é importante enaltecer os aspetos positivos e não as perdas e incapacidades. Por fim, para a leitura e interpretação dos nossos resultados referiremos a teoria de (Neuman & Fawcett, 2011).

Com base no modelo de Neuman, a saúde é perspectivada como um estado dinâmico de bem-estar ou de doença, determinada por variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. Neste contexto, os cuidados de enfermagem são perspectivados como intervenções que visam a integridade da pessoa e todas as variáveis que têm efeito sobre a sua resposta aos agentes de *stress*, com o objetivo de lhes reduzir o efeito. A autora entende ainda a saúde como um continuum e não como uma dicotomia de bem-estar e doença.

De acordo com o mesmo modelo, o ambiente são todos os fatores ou influências internas e externas, que circundam o cliente ou o seu sistema, que afetam ou são afetados por este, sendo a variação dependente das necessidades e motivações individuais.

Neuman e Fawcett (Neuman & Fawcett, 2011) definem **enfermagem** como uma “*profissão única*” que intervém em todas as variáveis que afetam as respostas da pessoa aos fatores de *stress*. O principal objetivo da enfermagem é prestar assistência à pessoa de modo a reter e obter a estabilidade do seu sistema, obtendo um nível máximo de bem-estar. Para atingir esse bem-estar são realizadas intervenções intencionais, com vista à redução dos fatores de *stress* e condições adversas que podem afetar o funcionamento excelente, em qualquer situação em que se encontra a pessoa.

2.3. SÍNTESE DO CAPÍTULO

Tivemos como propósito apresentar uma revisão da literatura do enquadramento conceptual dos seguintes constructos: religiosidade, espiritualidade, bem-estar espiritual, bem-estar psicológico, saúde mental, enfermagem, diabetes tipo 2. Da pesquisa realizada no período de 2009-2014 através do motor de busca Ebsco, em todas as bases de dados com os filtros *full-text* and *peer-reviewed*, concluímos a inexistência de estudos que articulassem simultaneamente todos os conceitos que nos propomos estudar. Efetuámos a nossa revisão da literatura pelos descritores: *spiritual well-being/ spirituality/ religiosity/ psychologic well-being/ mental health and diabetes type 2*. E identificámos um crescente interesse investigativo pelas áreas da espiritualidade e religiosidade nos últimos anos.

Até ao presente, desconhecemos a existência de estudos que analisem as relações existentes entre a religiosidade, bem-estar espiritual, bem-estar psicológico e saúde mental da pessoa com diabetes tipo 2. Acreditamos, deste modo, que a realização deste estudo irá trazer fortes contributos para uma melhor compreensão desta temática e conseqüentemente permitirá uma melhor avaliação, planeamento e implementação de cuidados em saúde.

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

O que pretendemos com esta investigação é aumentar o nosso conhecimento sobre esta temática, contribuindo para melhorar as intervenções terapêuticas, baseadas em evidência científica.

PARTE II
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

“A satisfação está no esforço e não apenas na realização final.”

Mahatma Gandhi

CAPÍTULO 1 – DEFINIÇÃO DO PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPÓTESES E PROTOCOLO DO ESTUDO

O presente estudo apresenta uma essência exclusivamente quantitativa com a preocupação de analisar os dados de modo pragmático e focados na resolução da questão central da tese.

1.1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Questão de investigação: Quais as relações entre o bem-estar espiritual, a religiosidade, e a saúde mental e o bem-estar psicológico da Pessoa com diabetes tipo 2?

1.2. OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

Os objetivos desta investigação são:

- Caracterizar o sentido da relação entre bem-estar espiritual e a religiosidade com a saúde mental e o bem-estar psicológico, na população em estudo;
- Conhecer o efeito diferenciador que as variáveis sociodemográficas, designadamente o género, classe etária, viver só ou acompanhado, têm no bem-estar espiritual e na religiosidade e por sua vez como estas se associam às múltiplas dimensões do bem-estar psicológico, enquanto qualidade de funcionamento psicológico associado à saúde mental positiva;
- Documentar a validade de constructo da escala de espiritualidade de O’Brien.

A vivência da diabetes tipo 2 conduz a situações de sofrimento psicológico. Pretendemos evidenciar a religiosidade e o bem-estar espiritual (BEE) como fatores protetores na vivência desta doença crónica, avaliando os níveis de saúde mental e de bem-estar psicológico. Partimos da suposição da existência de uma relação entre as variáveis independentes respeitantes às pessoas com diabetes tipo 2, como a idade, género, viver só e as variáveis

dependentes, religiosidade, bem-estar espiritual saúde mental e BEP. Foi também nossa intenção testar a validade de modelo teórico que define relações causais hipotéticas entre as variáveis. A teoria foi o nosso motor de análise, a partir da qual iremos comprovar ou não com a nossa amostra.

Consequentemente, a partir da contextualização teórica e na prossecução dos objetivos, construíram-se as seguintes hipóteses:

H1 – De que forma a religiosidade e o BEE se relacionam com a saúde mental e BEP?

H2 – Existe uma associação significativa entre o género e BEE nos indivíduos com diabetes tipo 2?

H3 – Existe uma associação significativa entre o grupo etário e BEE nos indivíduos com diabetes tipo 2?

H4 – Existe uma associação significativa entre “viver só” ou “viver acompanhado” e o BEE?

H5 – Existe uma associação significativa entre o género e a religiosidade nos indivíduos com diabetes tipo 2?

H6 – Existe uma associação significativa entre o grupo etário e a religiosidade dos indivíduos com diabetes tipo 2?

H7 – Existe uma associação significativa entre o *viver só* ou *viver acompanhado* e a religiosidade nos indivíduos diabetes tipo 2?

H8 – Existe uma associação significativas entre o género e a saúde mental nos indivíduos com diabetes tipo2?

H9 – Existe uma associação significativa entre o grupo etário e a saúde mental dos indivíduos com diabetes tipo 2?

H10 – Existe uma associação significativa entre o “viver só” ou “ viver acompanhado” e a saúde mental e nos indivíduos com diabetes tipo 2?

H11 – Existe uma associação significativa entre o género e o BEP nos indivíduos com diabetes tipo 2?

H12 – Existe uma associação significativa entre o grupo etário e o BEP dos indivíduos com diabetes tipo 2?

H13 – Existe uma associação significativa entre “viver só” ou “viver acompanhado” e o BEP dos indivíduos com diabetes tipo 2?

1.3. PROTOCOLO DA INVESTIGAÇÃO

Tendo por base os critérios definidos previamente no protocolo de investigação, foi selecionada uma amostra de conveniência de entre a população de utentes¹ que recorreram a uma instituição de saúde com a especialidade de diabetologia. Essa instituição está inserida na área metropolitana de Lisboa. A colheita de dados decorreu no período de 1 de Fevereiro de 2012 a 31 de Julho de 2012 e foi realizada juntos dos utentes que reuniram os critérios de inclusão. A amostra final é constituída por 294 utentes. A população de referência foi constituída pelos doentes com diagnóstico clínico de diabetes tipo 2 com idade superior a 18 anos que recorreram a esta consulta.⁵

A amostra foi constituída através do contacto com os doentes na consulta externa, no decurso dos sete meses subsequentes à data de início do estudo (Janeiro de 2012).

Foram definidos os seguintes **critérios de elegibilidade:**

- Apresentarem diagnóstico clínico de diabetes tipo 2;
- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Saber ler e escrever.

O presente estudo pode caracterizar-se como um estudo de tipo correlacional com o objetivo principal de estudar e quantificar as relações estabelecidas entre as diferentes variáveis incluídas na investigação.

As variáveis desta investigação foram selecionadas de acordo com a sua pertinência teórica, como indicado na revisão da literatura. De forma complementar, consideraram-se algumas variáveis sociodemográficas, de forma a caracterizar as participantes. Assim, definimos as seguintes variáveis que passamos a apresentar.

Variáveis dependentes: Bem-estar espiritual, a religiosidade, a saúde mental e o bem-estar psicológico.

Variáveis independentes: Grupo etário; género, habilitações académicas, número de elementos do agregado familiar.

⁵ População que recorreu à consulta no período de Janeiro a Julho de 2012 foi de 685 utentes com os critérios definidos para este estudo.

1.4. SÍNTESE DO CAPÍTULO

Iniciámos este capítulo com a formulação da questão de investigação que norteou a nossa pesquisa. Após a definição dos objetivos e enunciação das hipóteses decorrentes da pesquisa realizada definimos os critérios de inclusão e terminamos com a apresentação das variáveis.

CAPÍTULO 2 – VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA DA ESPIRITUALIDADE, BEM-ESTAR ESPIRITUAL, RELIGIOSIDADE, SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

O conceito de 'Validade' é um elemento "chave" da teoria psicométrica, pois permite avaliar se o instrumento está a medir o que realmente era suposto medir. A validade de constructo é fulcral no processo de investigação. Normalmente exige uma adequada amostragem do domínio do constructo e a existência de consistência interna entre os itens do domínio (Churchill, 1999).

A **validade de constructo** é determinada através de outros dois tipos de validade: a **validade convergente** e a **validade discriminante**.

A validade convergente pretende avaliar se os itens utilizados medem o mesmo constructo, enquanto a validade discriminante pretende avaliar se os itens utilizados medem constructos diferentes. Assim, se os itens estiverem fortemente correlacionados entre si devem estar a definir um mesmo constructo. Por outro lado, se os itens estiverem fracamente correlacionados entre si supostamente medem constructos diferentes. A validade convergente pode ser avaliada através da variância extraída pelo constructo (VEM) (Fornell & Larcker, 1981). Se a VEM for superior a 0,5, então a variância devida ao erro de medida é inferior à variância capturada pelo constructo pelo que pode concluir-se que o instrumento de medida apresenta validade convergente.

A validade discriminante pode ser avaliada através do teste da variância extraída média (Fornell & Larcker, 1981). Assim, se VEM for superior ao quadrado das correlações entre variáveis latentes (correlações inter-factor) então o instrumento ou modelo de medida apresenta validade discriminante

Tendo por base este enquadramento, procedemos à análise fatorial confirmatória e utilizámos um caso particular de um modelo de análise: a análise de equações estruturais.

2.1. METODOLOGIA

Esta investigação teve um único momento de recolha de dados, sendo assim, de natureza transversal. Numa primeira fase iremos analisar as propriedades psicométricas dos instrumentos de medida, utilizando o método correlacional para identificar as relações intra (consistência interna) e inter-variáveis (modelo de equações estruturais) (Almeida e Freire, 2003). Numa segunda fase pretendemos indagar as diferenças de resultados entre sub-grupos

definidos de acordo com as variáveis socio-biográficas (e.g. género, idade, habilitações académicas, viver só ou acompanhado) através da utilização de teste de hipóteses.

2.1.1. Instrumentos de Medida

Discriminamos em seguida os instrumentos utilizados (Tabela 1).

Tabela 1 – Dimensões e respetivos instrumentos de colheita de dados

Dimensões a avaliar	Instrumentos
Bem-estar espiritual	SWBQ : <i>Spiritual Well-being Questionnaire de Gomez e Fisher, 2003 (tradução, adaptação e validação de Gouveia, M. et al, 2010)</i>
Espiritualidade	SAS : <i>Spiritual Assessement Scale de O'Brien, E., 1999 (tradução, adaptação e validação de Caramelo Rego, A., 2008)</i>
Religiosidade	DUREL : <i>Duke Religion Index, de Koenig et al, 1997 (tradução, adaptação e validação de Lucchetti et al, 2010)</i>
Saúde mental	MHI 5 : <i>Mental Health Inventory 5 Brook et al.,1979 (tradução, adaptação e validação de Pais Ribeiro, 2001)</i>
Bem-estar psicológico	SPWB : <i>Scale of Psychological Well-Being de Ryff, C. (tradução, adaptação e validação de Novo, Duarte Silva & Peralta, 1997)</i>

O instrumento de recolha de dados utilizado é constituído por duas partes:

A primeira parte corresponde à **caracterização sociodemográfica e clínica** da amostra que é efetuada por um questionário elaborado para este estudo. (Apêndice 1).

A segunda parte é constituída pelos diferentes instrumentos de colheita de dados (Anexo I), que passamos a apresentar:

2.1.2. Escala de avaliação do BEE – SWBQ: Spritual Well-being Questionnaire (SWQ-BEE) de Gomez e Fisher, 2003 (tradução, adaptação e validação de Gouveia, M. et al, 2010)

Objetivo:

Avaliar o bem-estar espiritual. Este reflete-se na qualidade das relações que o indivíduo estabelece em quatro domínios da existência humana: consigo próprio, com os outros, com o ambiente e com o transcendente de uma forma dinâmica.

Desenvolvimento:

O SWBQ (Gomez & Fisher, 2003) é um questionário de auto-preenchimento, constituído por 20 itens, distribuídos de igual forma (5 itens) para avaliarem cada uma das quatro sub-

escalas de bem-estar espiritual: pessoal (itens 1 a 5), comunitária (itens 6 a 10), ambiental (itens 11 a 15) e transcendental (itens 16 a 20).

Características gerais:

É solicitado aos indivíduos que expressem em que medida sentem que cada afirmação reflete a sua experiência pessoal nos últimos 6 meses. Os itens são avaliados numa escala de likert 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 atribuídas aos itens de cada sub-escala. É possível, igualmente, obter uma medida global de bem-estar espiritual, resultante da adição das quatro sub-escalas.

Pontuações e propriedades psicométricas:

A escala original apresenta bons resultados de fiabilidade e validade para todas as sub-escalas, com valores de consistência interna para diferentes amostras variando entre $\alpha = 0,76$ e $\alpha = 0,95$ (Gomez & Fisher, 2003, 2005a,b).

De acordo com os autores, nível mais elevado deste constructo pode, no entanto, não significar necessariamente maior bem-estar individual mas sim, um maior nível de desenvolvimento desta componente espiritual.

Os diferentes domínios de bem-estar espiritual poderão ter relações diferentes com distintas componentes de bem-estar físico, psicológico ou com a qualidade de vida geral (e.g., Gomez & Fisher, 2003).

Na validação portuguesa apresenta globalmente uma estrutura fatorial aceitável, congruente com a original e bons níveis de consistência interna (Gouveia, 2009). Os valores obtidos são globalmente favoráveis à consistência interna dos itens e fatores conforme se pode ler na tabela nº1, quer em estudos internacionais, quer em estudos nacionais. Na tradução e validação da escala para Portugal, a análise fatorial confirmatória realizada revelou igualmente valores de ajustamento aceitáveis para um modelo de quatro (4) fatores correlacionados de acordo com o proposto pelos autores originais. (Gouveia, Pais Ribeiro, Marques, 2012).

Tabela 2 – Coeficientes de consistência interna do SWQ por estudo, população estudada e autores da escala a nível internacional e nacional

País/autor/ano	População estudada	Fidelidade				
		α Total	α Parcelar			
			Ambiental	Transcendental	Comunitária	Pessoal
Austrália, Gomez e Fisher, 2003	537 Estudantes do secundário (Austrália)	0.92	0.76	0.86	0.79	0.89
Austrália, Gomez e Fisher, 2005 a)	4462 Estudantes do ensino secundário e universitário (Austrália, UK e Irlanda)	?	0.86	0.95	0.82	0.81
Portugal, Gouveia, 2011	439 Praticantes atividades físicas orientais do distrito de Lisboa	0.88	0.84	0.89	0.74	0.75

2.1.3. Escala de avaliação da espiritualidade – Scale Spiritual Assesment SSA – Escala de Avaliação Espiritual de Elizabeth O’Brien, 1999 (tradução, adaptação e validação de Rego, 2009)

Objetivo:

Avaliar a espiritualidade e a religiosidade através da fé pessoal, paz espiritual e uma componente de prática religiosa.

Desenvolvimento:

A SSA (O’Brien, 1999) é uma escala de autopreenchimento, constituído por 21 itens, distribuídos de igual forma (7 itens) para avaliarem cada uma das três sub-escalas: **fé pessoal** (itens1 a 7), **prática religiosa** (itens 8 a14) e **paz espiritual** (itens15 a 21).

A espiritualidade é avaliada nos constructos da fé pessoal e paz espiritual, enquanto a religiosidade é avaliada através da prática religiosa. Apesar da definição de espiritualidade não implicar a referência específica a uma entidade transcendente, a verdade é que assume uma perspetiva marcadamente cristã, com referência a Deus em quase todos os itens.

Características gerais:

É solicitado, aos indivíduos, que expressem, em que medida concordam com cada afirmação. Os itens são avaliados numa escala de likert de 5 pontos (variando de 5 = concorda totalmente a 1 = discorda totalmente). As duas primeiras sub-escalas – fé pessoal e prática religiosa – são apresentadas de forma positiva. A terceira sub-escala – paz espiritual –, é a única apresentada de forma negativa, havendo necessidade de proceder à inversão dos scores. Apesar dos resultados da tradução e validação deste instrumento sugerirem ser uma escala fiável e válida para a avaliação da espiritualidade com uma componente religiosa cristã, é necessário haver novos estudos de revalidação com outras populações (Rego, 2009).

Pontuações e propriedades psicométricas:

A SSA está construída de maneira que, quanto maior for a pontuação obtida, melhor é na sua globalidade a espiritualidade do sujeito. O estudo original revelou bons níveis de consistência interna para as diferentes sub-escalas: SAS (total) – 21 itens, $\alpha = 0,92$; fé pessoal (7 itens) $\alpha = 0,89$; prática religiosa (7 itens), $\alpha = 0,89$; paz espiritual (7 itens), $\alpha = 0,76$. A média da SSA foi de 91,7 havendo a possibilidade de alcançar um score de 105. A sub-escala fé pessoal alcançou um score de 32,2, havendo a possibilidade de alcançar os 35; a sub-escala prática religiosa com score de 29,7 e a sub-escala paz espiritual com 29,6 podendo alcançar os 35 para cada sub-escala (O'Brien, 1999).

Quanto à validação da escala para Portugal obtiveram-se os seguintes resultados: SSA (total) – 19 itens (foram retirados os itens 17 e 18 por apresentarem correlações inferiores a 0,20) $\alpha = 0,89$; fé pessoal (7 itens) $\alpha = 0,95$; prática religiosa (7 itens), $\alpha = 0,82$; paz espiritual (7 itens), $\alpha = 0,75$ (Rego, 2009).

Tabela 3 – Coeficientes de consistência interna da SSA por estudo, população estudada e autores da escala e em Portugal

País/autor/ano	População estudada	Fidelidade			
		α Total	α Parcelar		
			Fé	Práticas religiosas	Paz espiritual
EUA, O'Brien, E.,1989	Doentes oncológicos	0,92	0,89	0,89	0,76
Portugal, Rego, A.,2009	Doentes oncológicos	0,89	0,95	0,82	0,75
Portugal, Coelho, J., 2011	Doentes com esclerose múltipla	0,92	0,95	0,85	0,80

No estudo de Coelho, (2011) houve necessidade de eliminar o item 18. Verificou-se que os itens 14 e 15 saturaram, simultaneamente, nos fatores 1 e 2, tendo a opção do autor recaído por coloca-lo no fator 1. Esta opção vai ao encontro dos resultados encontrados por Rego (2009), embora estes itens na escala original em inglês saturem no fator 1. Nesse estudo, optaram por integrar o item 15 no fator 3, apesar de apresentar uma maior saturação no fator 2, dado que, está conceptualizado para avaliar a paz espiritual e apresenta uma saturação negativa no fator 2, o que não acontece com os outros itens que integram este fator.

Foi publicada a validação para Portugal por Rego, Ana, 1999, e os resultados da dissertação de doutoramento de Coelho, (2011), encontram-se acessíveis no repositório da Universidade Católica Portuguesa.

2.1.4. Índice de Religiosidade de Duke, The Duke University Religion Index (DUREL) Koenig, H.G.; Meador, K.G.; Parkerson, G., 1997 (tradução, adaptação e validação de Lucchetti, G., Granero Lucchetti, A., Peres, M., Leão, F., Moreira Almeida, A., Koenig, H., 2012)

Objetivo:

Avaliar três das principais dimensões do envolvimento religioso tais como, atividade religiosa organizacional; atividade religiosa não organizacional e atividade religiosa intrínseca.

Desenvolvimento:

O **DUREL** é um instrumento sucinto e de fácil aplicação que aborda alguns dos principais domínios da religiosidade (Peres et al, 2007; Koenig et al, 1997; Koenig, Büssing, 2010). A Duke Religious Index (DUREL) foi criada nos Estados Unidos a partir de grandes estudos epidemiológicos da Universidade de Duke *DUREL – The Duke University Religion Index* – é um instrumento traduzido e validado para português do Brasil (Almeida, et al, 2008); é um instrumento breve e que avalia as três principais dimensões da religiosidade que foram identificadas pelo *National Institute on Aging*. Inicialmente, os autores do DUREL aconselhavam um somatório das três dimensões, que podia ir de 5 a 27 (Koenig, et al, 1997). No entanto numa investigação mais recente, os mesmos autores aconselham a avaliação de cada sub-escala *per si*, de modo independente (Koenig & Büssing, 2010).

Características gerais:

É uma escala de cinco itens que mede três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas com a saúde (Koenig, et al, 1997; Koenig, Bussing, 2010):

- **Atividade Religiosa Organizacional** (ARO, item 1). Avalia a frequência de participação em cerimónias religiosas, no momento presente. A pontuação desta sub-escala oscila entre 1 e 6 pontos distribuídos da seguinte forma: mais do que uma vez por semana (1),

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

uma vez por semana (2), duas a três vezes por mês (3), algumas vezes por ano (4), uma vez por ano ou menos (5) e nunca (6). Valores mais baixos correspondem a uma maior atividade religiosa organizacional.

- Atividade Religiosa Não Organizacional (ARNO, item 2): Avalia a frequência de atividades religiosas privadas; com seis opções de resposta: mais do que uma vez por dia (1); diariamente (2); duas ou mais vezes por semana (3); uma vez por semana (4); poucas vezes por mês (5); raramente ou nunca (6). A pontuação desta sub-escala oscila entre 1 e 6 pontos. Valores mais baixos correspondem a uma maior atividade religiosa não organizacional.

- Religiosidade Intrínseca (RI, itens 3-5): Avalia a busca de interiorização e vivência da religiosidade como principal objetivo do indivíduo; Tem cinco opções de resposta: totalmente verdade (1); em geral é verdade (2); não estou certo (3); em geral não é verdade (4); não é verdade (5). Esta sub-escala poderá apresentar valores entre 1 e 15 pontos, sendo que valores mais baixos correspondem a uma maior desenvolvimento da religiosidade intrínseca.

Pontuações e propriedades psicométricas:

Quanto às características psicométricas, no estudo original a escala global apresenta fiabilidade teste-reteste alta (correlação intra-classe=0.91). As correlações entre as subescalas variaram entre 0,36-0,46, indicando sobreposição significativa entre as escalas sem redundância marcada. PDUREL é uma escala válida e confiável (Lucchetti, et al, 2010).

No nosso estudo utilizámos a versão traduzida e validada para português do Brasil (Almeida, Gutierrez, Marques, 2012). Plante et al. (1999; 2002), defendem que pontuações mais baixas correspondem a um maior nível de religiosidade. Em Portugal, não temos conhecimento que tenha sido utilizado este instrumento de medida.

Tabela 4 – Coeficientes de consistência interna do DUREL por estudo, população estudada e autores da escala e em Portugal

País/autor/ano	População estudada	Fidelidade	
		α Total PDUREL	α Parcelar – religiosidade intrínseca
Koenig et al 1997	Doentes internados com mais de 60 anos	?	0.75
EUA, Koenig, H.G., Bussing, A., 2010	Amostras aleatórias com adultos com idade igual ou superior a 65 anos	0.78	0.91
Brasil, Taunay, TCD, et al, 2012	323 Estudantes universitários da área da saúde (amostra 1)	0.89	0.87
	102 Doentes em regime de ambulatório de psiquiatria geral (amostra 2)	0.87	0.81
Brasil, Martinez, EZ et al, 2012	160 Participantes	0.88	0.89

2.1.5. Inventário de Saúde Mental (Mental Health Inventory-5) Veit e Ware, 1983 (tradução, adaptação e validação de Pais-Ribeiro, 2001)

Objetivo:

Avaliar a saúde mental na população em geral e não somente nas populações com doença mental.

Desenvolvimento:

O MHI-5 integra o Inquérito Nacional de Saúde em Portugal e é um instrumento de saúde mental recomendado pela OMS para fazer parte dos estudos sobre a saúde das populações. Consta de cinco itens sobre a saúde mental e os resultados são classificados através de um indicador que mede a existência provável de sofrimento psicológico, sendo mais útil para identificar a saúde mental positiva. O ponto de partida para a construção da MHI foi o instrumento Short Form 36 (*SF-36 Health Survey Instrument*). O SF-36 é um dos instrumentos de saúde mais utilizado por ter a capacidade de avaliar os domínios de saúde relevantes a todas as pessoas, o estado funcional e bem-estar (Ware, 1987, 1990). A pontuação pode variar entre 5 a 25.

Características gerais:

Os 5 itens representam quatro dimensões da saúde mental: ansiedade, depressão, perda de controlo emocional/comportamental e bem-estar psicológico (Ware et al, 1993). Os itens 3 e 5 avaliam a saúde mental através da autoperceção do tempo em que se sentiu

tranquilidade e felicidade nas últimas 4 semanas; as cotações destes itens devem ser invertidas. Os itens 1, 2 e 4 avaliam o sofrimento psicológico através da auto percepção do tempo em que se sentiu nervoso, deprimido ou triste nas últimas 4 semanas. Os dados deste instrumento poderão ser avaliados de forma individual, por dimensão ou globalmente. Nesta investigação, optámos por fazer a cotação no seu global. O resultado total do inventário resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem cada escala referida acima. Valores mais elevados correspondem a melhor saúde mental.

Pontuações e propriedades psicométricas:

O MHI-5 é composto por cinco itens avaliados através de uma escala de *likert* pontuada de um (1) = sempre a seis (6) = nunca. A classificação final resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem a escala.

Os itens que descrevem estados positivos agrupados para definir bem-estar psicológico e os itens que descrevem estados negativos agrupados para definir o sofrimento psicológico como entidades distintas (Veit, Ware, 1983). Valores mais elevados correspondem a maiores níveis de saúde mental (Berwick, et al., 1991).

Em síntese, é um instrumento válido, fiável e aplicável transculturalmente para avaliar a saúde mental das pessoas (Eriksson & Lindström, 2005, 2006, 2007). O estudo mostra que a versão portuguesa apresenta características idênticas à versão original e que versão de cinco itens é um bom substituto para ser utilizado em investigação e em rastreio, apresenta um alfa de Cronbach de 0,82 (Pais Ribeiro, 2001).

Tabela 5 – Coeficientes de consistência interna do MHI-5 por estudo, população estudada e autores da escala e em Portugal

País/autor/ano	População estudada	Fidelidade α Total
Portugal, Pais Ribeiro, 2001	609 Estudantes entre o 11ºano de escolaridade (pré-universitários) e o último ano da universidade da cidade do Porto	0.80
EUA, Friedman, B et al, 2005	1444 Indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos que recorreram aos cuidados de saúde primários	0.79
Brasil, Damásio, BF et al, 2013	524 Indivíduos entre os 18 e os 88 anos de 17 estados brasileiros	0.86
Holanda, Cuijpers, P et al, 2009	7076 Adultos	0.83

2.1.6. Escala de Bem-estar Psicológico – Scales of Psychological Well-Being (SPWB) (Ryff, C. e Keyes, 1995) (tradução, adaptação e validação de Novo, R., Duarte Silva, E., Peralta, E., 1997)

Objetivo:

Avaliar o bem-estar psicológico através de seis domínios: auto-aceitação, relacionamento positivo com as outras pessoas, autonomia, domínio do ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal.

Desenvolvimento:

Ryff (1989), na década de oitenta iniciou o desenvolvimento de escalas psicométricas destinadas à avaliação dos seis domínios do bem-estar psicológico. A escala original é composta por 20 itens por dimensão o que corresponde a uma escala com 120 itens, apresentando valores de alfa de Cronbach entre 0,86-0,93 (Ryff,1989).

Características gerais:

No nosso estudo, optámos por utilizar uma versão mais curta composta por quarenta e duas questões organizadas em seis sub-escalas, com sete itens por cada. Utilizámos a versão portuguesa da Escala de Avaliação do Bem-estar Psicológico de Ryff de 6 itens (Duarte Silva, Novo, e Peralta, Elizabeth, 2001).

Não temos conhecimento da utilização da escala com 42 itens, em estudos realizados em Portugal. Os itens estão descritos na forma de auto-descrições e apresentam-se em número igual, quanto aos itens positivos e negativos.

Neste modelo, o bem-estar psicológico é definido como um constructo multidimensional que integra um conjunto de dimensões do funcionamento psicológico positivo na idade adulta através das seguintes dimensões:

- A avaliação da dimensão **auto-aceitação** é realizada através dos itens 4, 9, 13, 21, 25, 34 e 40, sendo os itens 13, 25 e 34 avaliados em sentido inverso;
Scores altos: traduz uma atitude positiva em relação a si mesmo; reconhece e aceita vários aspetos do *self*; sente a sua vida passada com algo positivo;
Scores baixos: traduzem insatisfação consigo mesmo; está dececionado com o que ocorreu com a vida passada; está preocupado com certas qualidades pessoais; quer ser diferente do que é.
- A avaliação da dimensão **relacionamento positivo com as outras pessoas** é realizada através dos itens 3, 7, 12, 16, 29, 32 e 37 sendo os itens 7,12 e 32 avaliados em sentido inverso;
Scores elevados indicam: confiança nas relações interpessoais, preocupação com o bem-estar dos outros; capaz de estabelecer relações empáticas e de intimidade;

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Scores baixos traduzem pessoas com dificuldade em estabelecer relações de confiança; com tendência a estarem isoladas e apresentam frustração nas relações interpessoais; não estão dispostas a fazer concessões para manter laços importantes com os outros.

- A avaliação da dimensão **autonomia** é realizada através dos itens 5, 27, 22, 10, 41, 14 e 30, sendo os itens 22, 14 e 30 avaliados em sentido inverso;

Scores elevados traduzem auto-determinação e independência; a pessoa é capaz de resistir às pressões sociais; a regulação do comportamento é feita a partir do referencial interno;

Scores baixos traduzem uma pessoa preocupada com as expectativas e avaliações dos outros; baseia-se nos julgamentos dos outros para tomar decisões importantes, age de acordo com pressões externas.

- A avaliação da dimensão **domínio do ambiente** é realizada através dos itens 1, 6, 11, 15, 18, 38 e 42, sendo os itens 6, 11, 18 e 38 avaliados em sentido inverso;

Scores elevados traduzem indivíduos que estabelecem relações interpessoais de confiança; demonstram preocupação com o bem estar dos outros; demonstram capacidade para estabelecer relações em páticas e de intimidade;

Scores baixos refletem indivíduos que têm dificuldade em estabelecer relações interpessoais de confiança; são isolados e frustram-se nas relações com os outros; não estão disponíveis para fazer concessões no sentido de manter laços importantes com os outros.

- A avaliação da dimensão **propósito de vida** é realizada através dos itens 8, 17, 20, 24, 26, 33 e 36 sendo os itens 8, 20, 24 e 36 avaliados em sentido inverso;

Scores elevados traduzem pessoas com objetivos na vida que acreditam que a vida passada tem um sentido; tem um propósito, metas e objetivos na vida;

Scores baixos refletem uma falta de significado na vida, tem poucas metas na vida; não vê um propósito na vida passada nem nenhuma perspectiva no futuro.

- A avaliação da dimensão **crescimento pessoal** é realizada através dos itens 2, 19, 23, 28, 31, 35 e 39 sendo os itens 2, 23, 31 e 39 avaliados em sentido inverso.

Scores elevados traduzem um indivíduo em crescimento e expansão, aberto a novas experiências, com sentido de realização pessoal, com auto-conhecimento elevado;

Scores baixos são indivíduos desinteressados, incapazes de novas atitudes e comportamentos, com falta de sentido na vida, com estagnação pessoal.

Pontuações e propriedades psicométricas:

Quanto à consistência interna (alpha de Cronbach) é indicado realizar para cada sub-escala. Os resultados para esta escala de 42 itens oscilam entre 0.69 e 0.85 (Keyes et al, 2002). Os itens para avaliação de cada dimensão encontram-se misturados. Os sujeitos

respondem num formato de resposta tipo likert de seis pontos: discordo completamente (1); discordo em grande parte (2); discordo parcialmente (3); concordo parcialmente (4); concordo em grande parte (5); concordo completamente (6).

As respostas aos scores com itens negativos serão revertidas no final. Assim, scores elevados indicam uma autoavaliação elevada naquela dimensão (Ryff, 1989). Vinte itens estão redigidos de forma positiva e vinte e dois itens estão redigidos de forma negativa. Antes da análise, os itens formulados negativamente são identificados, revertendo-os, de modo a que valores mais altos correspondam a níveis mais elevados de bem-estar psicológico. Relativamente à fidelidade da escala, esta apresenta valores aceitáveis, quer em termos da escala global quer nas sub-escalas. Até ao momento não temos conhecimento da utilização desta escala com 42 itens em Portugal.

Foi solicitado autorização para a aplicação dos instrumentos referidos (Apêndice 1).

Tabela 6 – Coeficientes de consistência interna do SPWB por estudo, população estudada e autores da escala e em Portugal

País/autor/ano	População estudada	Fidelidade α Total
EUA, Ryff, Lee, Essex, e Schmutte (1994)	Adultos n=1.108	0.97-0.98
Novo, R.; Silva e Peralta (1997) Escala 84 itens	346 Indivíduos com idades entre 18-78 anos	0.42-0.83
Novo, R.(2003) Escala 84 itens	105 Indivíduos do sexo feminino com idade entre 65-75 anos	0.70-0.89

2.1.7. Questionário de Avaliação das Características Socio-Demográficas e Clínicas

A primeira parte do instrumento de colheita de dados foi elaborada por nós e era composto por quinze questões fechadas (Apêndice 2).

Relativamente às variáveis sociodemográficas era solicitado que fosse registado a idade, o sexo, estado civil, agregado familiar (co-habitação), habilitações literárias, profissão, rendimento do agregado familiar e se tinha havido mudança de emprego/reforma devido ao diagnóstico de diabetes tipo 2. Relativamente à situação clínica era solicitado o tipo de comorbilidade, a medicação que realizavam e se efetuavam exercício físico. Terminámos com uma questão de carácter facultativo que permitia identificar se professavam algum credo religioso e a sua identificação.

2.2. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Na realização deste estudo foram considerados os princípios ético-legais definidos para trabalhos de investigação como consentimento livre e esclarecido, o direito ao anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados.

O protocolo de investigação foi apresentado e submetido à apreciação da Direção da APDP e posteriormente à Comissão de Ética, tendo sido aprovado sem necessidade de realizar qualquer alteração.

Os participantes deste estudo foram informados acerca dos objetivos da investigação em curso e foi solicitado o consentimento informado (Apêndice 1). Foi disponibilizado o contacto do correio eletrónico e contacto de telemóvel do investigador para esclarecimento de dúvidas.

Na recolha de dados, o registo dos dados identificativos foi efetuado de forma a salvaguardar a confidencialidade (recorrendo-se, para tal ao número do processo e ao código atribuído pela equipa de recolha da informação). Os dados foram recolhidos tendo como único destino a construção da base de dados para esta investigação. Em todo o processo esteve presente o princípio da não maleficência.

2.3. PROCESSAMENTO DOS DADOS

Em termos de análise estatística elaborámos a análise descritiva dos itens, considerando os indicadores de tendência central (média), de dispersão (desvio padrão) e a normalidade da distribuição dos dados. Em seguida, recorreremos às medidas de assimetria (enviesamento: skewness) e achatamento (curtose: kurtosis) dos dados da amostra. Foram ainda aplicadas técnicas de análise multivariada, designadamente a análise fatorial confirmatória com rotação varimax nas pontuações dos diferentes instrumentos de medida. O nível de significância utilizado para toda a análise foi $\alpha = 0,05$.

A análise de equações estruturais é um procedimento analítico para testar como um conjunto de dados observados descrevem o modelo teórico e as suas relações (Vavra, 1996). O objetivo desta metodologia é a validação de modelos teóricos que definem relações causais, hipotéticas entre variáveis (Maroco, 2010). De uma forma geral, a análise das equações estruturais pode ser vista como a combinação de duas técnicas: a análise fatorial (que define o modelo de medida) e a regressão linear (que define o modelo estrutural), (Maroco, 2010).

A análise de equações estruturais tem como objetivo identificar um modelo teórico que se ajuste bem aos dados observados e que possa ser utilizado em previsões futuras. A **especificação do modelo** corresponde ao “desenho formal do modelo” que engloba um conjunto de hipóteses acerca das relações entre as variáveis (Klem, 2000, Maroco, 2010), e que, de acordo com o investigador, são capazes de reproduzir os dados observados. Em termos gerais, os modelos são compostos por dois sub-modelos: sub-modelo de medida e o sub-modelo estrutural (Maroco, 2010). O sub-modelo de medida é constituído pelo conjunto de relações entre as variáveis não diretamente observáveis – variáveis latentes; e as variáveis de medida que lhes estão associadas, também designadas de variáveis indicadoras ou itens. Estas variáveis obtêm-se diretamente do questionário (representadas normalmente por letras romanas dentro de retângulos). De notar que, na mensuração das variáveis de medida existe a possibilidade de cometer erros (representados no esquema por letra gregas dentro de pequenos círculos), (Vilares & Coelho, 2005; Klem, 2000; Vavra, 1997). Este sub-modelo envolve a especificação das variáveis observadas que definem o constructo, o que está diretamente associado à análise fatorial confirmatória, e refletem a extensão pela qual as variáveis observadas são definidas pelas variáveis latentes em termos de validade e fiabilidade (Shumacker & Lomax, 1996). A estimação do modelo corresponde à obtenção das estimativas dos parâmetros do modelo (pesos fatoriais, coeficientes de regressão, covariâncias), que reproduzam da melhor forma possível os dados da amostra em análise. Esta estimação é feita a partir das matrizes de variâncias-covariâncias das variáveis manifestas (itens dos questionários) e não dos dados originais (Maroco, 2010).

Depois de estimado o modelo é necessário proceder à avaliação da qualidade do modelo obtida, o que corresponde à verificação da adequação do modelo no que diz respeito aos dados observados quer à realidade que se pretende estudar. Existem várias medidas de ajustamento, cada uma das quais com vantagens e inconvenientes. Assim, é aconselhável avaliar o modelo não por uma única medida mas por um conjunto de medidas.

Terminámos com um estudo inferencial em que utilizámos testes de hipóteses paramétricos (t-student) e não paramétricos (Mann-Whitney) dependendo do tipo de dados e após confirmação da presença dos pressupostos da sua aplicabilidade.

A análise foi realizada com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences, Version 20.0 for Windows* (SPSS 20) e a AFC e análise de equações estruturais foi efetuada no *software AMOS* (v.20, SPSS Inc, Chicago; IL).

2.4. SÍNTESE DO CAPÍTULO

Antes de realizarmos o trabalho de campo preocupámo-nos em preparar as condições para a sua realização. Assim, selecionámos os cinco instrumentos de medida: **SWBQ**: Spritual Well-being Questionnaire (SWQ) de Gomez e Fisher, 2003; **SAS**: Spritual Assessement Scale de O'Brien, E., 1999; **DUREL**: Duke Religion Index, de Koenig et al, 1997; **MHI 5**: Mental Health Inventory 5 Brook et al.,1979; **SPWB**: Scale of Psychological Well-Being de Ryff, C. que mais se adequavam ao nosso estudo. Desenvolvemos um estudo metodológico com o objetivo de revalidar as versões portuguesas na população de indivíduos com diabetes tipo 2. Seguiram-se as etapas definidas pelas *guidelines* internacionais necessárias para garantir a equivalência operacional de medida e funcional dos instrumentos.

Os resultados indicaram que os instrumentos obtidos são fiáveis e válidos para a população em estudo e equivalentes aos originais relativamente aos conceitos que avaliam. As propriedades psicométricas testadas permitiram garantir a possibilidade de utilização das escalas. Realizámos a análise de equações estruturais no sentido de validar o modelo teórico que era o nosso “ponto de partida”. Também sentimos necessidade de realizar estatística inferencial, utilizando testes de hipóteses, tendo sendo em consideração o cumprimento dos pressupostos para utilizar um teste paramétrico – t-student – ou não paramétrico – Mann-Whitney.

A utilização destas novas versões dos instrumentos permitiu caracterizar o bem-estar espiritual, a religiosidade, a saúde mental e o bem-estar psicológico das pessoas com diabetes tipo 2 e a natureza das relações entre as variáveis que serão apresentadas no capítulo seguinte.

*“A viagem da descoberta consiste, não em achar novas paisagens
mas em ver com novos olhos.”*

Marcel Proust

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A análise estatística englobou a análise descritiva das variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais. Realizou-se a codificação dos questionários. Construiu-se uma base de dados tendo introduzido todos os dados manualmente. Progrediu-se com a análise estatística pela identificação das características psicométricas dos diferentes instrumentos de medida, tendo sido calculadas as medidas de tendência central (média), dispersão (desvio padrão) e normalidade da distribuição dos dados.

De acordo com o protocolo apresentado, os questionários foram auto preenchidos numa minoria de situações (104 casos: 35,37%). Nos restantes 190 casos (64,62%) foi necessária a ajuda do investigador. Destes, houve ainda 49 casos, que tiveram de ser realizados em formato de entrevista por dificuldade expressa do participante. O tempo médio de preenchimento foi de 44 minutos.

O tempo médio foi de 25 minutos para os indivíduos que preencheram o questionário sem ajuda, para as pessoas que necessitaram de alguma ajuda, o tempo médio de preenchimento foi de 40 minutos, e os restantes 49 indivíduos em que houve necessidade de realizar entrevista o tempo médio foi de 55 minutos.

O momento selecionado para realizar a colheita de dados foi imediatamente antes ou após a realização da consulta médica. Foi nossa preocupação proporcionar, dentro das limitações a que estávamos sujeitos (espaciais e temporais) um ambiente calmo e privado. O contacto inicial com os utentes foi facilitado pelos enfermeiros e médicos do serviço.

O presente estudo visa estudar as variáveis preditoras (espirituais e religiosos) que contribuem para a saúde mental e bem-estar psicológico da pessoa com diabetes tipo 2. Tomou-se a opção de aplicar as técnicas multivariadas de análise de dados, uma vez que a complexidade dos fenómenos em estudo assim o exige. A técnica dos modelos de equações estruturais permite o teste confirmatório da estrutura psicométrica de escalas de medida e, também permite analisar relações explicativas entre múltiplas variáveis. Examina uma série de

relações de dependência simultaneamente, esse método é particularmente útil quando uma variável dependente se torna independente em relações subsequentes de dependência.

3.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DA AMOSTRA

As características sociodemográficas e clínicas das pessoas selecionadas estão resumidas nas tabelas 7, 8, 9 e 10. A Moda (Mo) da classe etária é [60-69 anos], relativamente ao sexo é o género masculino, quanto ao estado civil é a situação de casado e relativamente às habilitações literárias a moda é o 1ºciclo (124-42,2%) seguido do 1ºciclo incompleto (65-22,1%).

Tabela 7 – Distribuição das respostas relativas à caracterização sociodemográfica da amostra em estudo: Idade/sexo/estado civil e habilitações académicas

Idade (anos)	Média: 65,3 anos Dp: 9,265
	Moda: 67 anos
	Min-Max:40-91 anos
Sexo	Masculino: 160 (54,4%)
	Feminino: 134 (45,6%)
Estado Civil	Casado: 219 (74,5%)
	Viúvo: 31 (10,5%)
	Solteiro: 22 (7,5%)
	Divorciado: 22 (7,5%)
Habilitações académicas (nível máximo atingido)	1ºciclo: 124 (42,2%)
	1ºciclo incompleto: 65 (22,1%)
	Secundário: 28 (9,5%)
	Superior: 28 (9,5%)
	Não respondeu: 49 (16,7%)

Relativamente ao item – **situação face à profissão** – a maior parte dos indivíduos são reformados (208) o que corresponde a 70,7%. Quanto ao **rendimento do agregado familiar** verifica-se que 38,8% apresentam um salário mínimo e como se pode observar através da tabela nº8. Relativamente ao número de elementos que compõe o **agregado familiar**, constata-se que 159 agregados são compostos por 2 elementos (54%).

Tabela 8 – Situação face à profissão, número de elementos do agregado familiar e rendimento do agregado familiar

		N	%
Situação face à profissão	Reformado	208	70,8
	Empregado	76	25,8
	Desempregado	10	3,4
Nº de elementos no agregado familiar	Vive só	53	18,0
	2 Elementos	159	54,0
	Mais ou igual a 3 elementos	55	18,8
	Não respondeu	27	9,2
Rendimento do agregado familiar	Um salário mínimo	114	38,8
	Dois salários mínimos	85	28,9
	Três salários mínimos	26	8,8
	Igual ou superior a quatro salários mínimos	18	6,2
	Não respondeu	51	17,3

Em complemento verifica-se que 198 sujeitos (67,3%) da amostra refere que não realiza **exercício físico** periodicamente e que 95 sujeitos (32,3%) referem realizar exercício físico. Também relativamente ao **motivo que conduziu à reforma** 272 (92,5%) referem que esta não esteve relacionada com a diabetes e apenas 18 sujeitos (6,1%) refere que a reforma esteve relacionada com a diabetes, conforme se pode verificar pela tabela seguinte.

Tabela 9 – Realização de exercício físico e motivo que conduziu à reforma relacionado com a diabetes

		N	%
Realiza exercício físico periodicamente	Sim	95	32,3
	Não	199	67,7
	Não respondeu	0	0
O motivo que conduziu à reforma esteve relacionado com a diabetes	Sim	18	6,1
	Não	272	92,5
	Não respondeu	4	1,4

Verifica-se pela leitura da tabela nº10 que 239 (81,3%) responderam afirmativamente à questão sobre o **exercício de uma religião** e 54 (18,4%) responderam negativamente. Dos que referiram professar uma religião, 66 % (2/3) dos inquiridos designam-se católicos. Os restantes 14,9 % referem ser católicos não praticantes e 3,7% não responderam à pergunta.

Tabela 10 – Professa algum tipo de religião e identificação da religião

		N	%
Professa algum tipo de religião	Sim	239	81,3
	Não	54	18.4
	Não respondeu	1	0.3
Tipo de religião	Católico	195	66.3
	Católico não praticante	33	14.9
	Não respondeu	11	3.7

Para a grande maioria dos itens dos questionários a taxa de não resposta é baixa, inferior a 10%. No entanto, existem alguns itens com uma taxa de não resposta considerável e outros com uma taxa de não-resposta superior a 30%, estes últimos foram retirados da análise multivariada. Para os restantes procedeu-se à imputação pela média.

3.2. TESTE DA NORMALIDADE DA AMOSTRA

Recorremos às medidas de assimetria para avaliar a sensibilidade psicométrica (enviesamento: skewness) e achatamento (curtose: kurtose). Considerou-se que coeficientes de assimetria e achatamento superiores a 3 e a 10 em valores absolutos respetivamente, são indicadores de problemas de sensibilidade e de desvios significativos da normalidade (Klyne, 1998) (Almeida & Freire, 2003) (Maroco, 2010), pelo que itens nestas condições foram eliminados da análise subsequente. O conteúdo final de cada instrumento *per si* irá ser apresentado em seguida.

3.3. MODELO E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Tendo por base o modelo hipotetizado, em que a religiosidade exerce efeitos diretos sobre o bem-estar psicológico, a saúde mental e o bem-estar espiritual mas que desconhecemos a forma como essa relação se estabelece e como se comporta nesta amostra, decidimos verificar este tipo de relação. Assim, decidiu-se avaliar a estrutura fatorial de cada instrumento de medida *per si* (Maroco, 2010) e posteriormente, através do modelo de equações estruturais identificar o modo como se relacionam no todo. Assim, a estrutura fatorial dos diferentes instrumentos de medida, na nossa amostra, foi avaliada através de uma análise

fatorial confirmatória com o *software* AMOS (v.20, SPSS Inc, Chicago, IL). Após a assunção da normalidade univariada dos itens submetemos a matriz de covariância ao processo da máxima verossimilhança (*maximum likelihood estimation*) através da análise confirmatória com o objetivo de definirmos um modelo estrutural de medida que evidenciasse um aceitável ajustamento aos dados e aos pressupostos teóricos específicos de cada instrumento de avaliação.

Tendo em conta que este é um modelo de segunda ordem, seguimos uma estratégia confirmatória em dois passos, tal como sugerido na literatura (Byrne, 2010; Kline, 2011; Schumacker, 1996).

A **fiabilidade do modelo de medida**, corresponde à capacidade de produzir resultados consistentes, em termos estatísticos, fiabilidade representa ausência de erro aleatório (Maroco & Garcia-Marques, 2006). Em escalas multifatoriais (como é o caso de 4 das 5 escalas utilizadas neste trabalho), deve utilizar-se uma outra medida de fiabilidade uma vez que, o neste caso o α subestima a verdadeira fiabilidade (Maroco & M., 2006). Assim, em escalas deste tipo deve optar-se pelo cálculo da *fiabilidade compósita* (FC), esta medida avalia a consistência interna das variáveis de medida ou indicadores associados a cada constructo da análise fatorial confirmatória. É comumente aceite que há fiabilidade de constructo se a fiabilidade compósita for superior a 0,7 (Hair, 1998). Para além da fiabilidade do conjunto de itens de um constructo, é importante avaliar a fiabilidade individual de cada um dos indicadores, caso os seus valores sejam superiores a 0,5 podemos concluir que os indicadores apresentam fiabilidade individual.

A **validade constructo** está diretamente envolvida com a questão do que é realmente medido com o instrumento em causa. A validade de constructo é fulcral ao processo de investigação e é a validade mais difícil de estabelecer. Normalmente, exige uma adequada amostragem do domínio do constructo e a existência de consistência interna entre os itens do domínio (Churchill, 1999). A validade de constructo é determinada através de outros dois tipos de validade: A **validade convergente** e a **validade discriminante**.

A **especificação do modelo** corresponde ao “desenho formal do modelo” este engloba um conjunto de hipóteses acerca das relações entre as variáveis (Klem, 2000; Maroco, 2010) que de acordo com o investigador são capazes de reproduzir os dados observados. Em termos gerais os modelos são compostos por dois sub-modelos: sub-modelo de medida ou modelo 1 e o sub-modelo estrutural (Maroco, 2010). O sub-modelo de medida é constituído pelo conjunto de relações entre as variáveis não diretamente observáveis – variáveis latentes, fatores ou constructos; e as variáveis de medida que lhes estão associadas, também designadas de variáveis indicadoras ou itens. Estas variáveis obtêm-se diretamente do questionário (representadas normalmente por letras romanas dentro de retângulos). Quando se processa à modelação de equações estruturais, deve começar-se por especificar o sub-modelo de medida recorrendo a técnicas analíticas de análise fatorial confirmatória para testar

a adequação das variáveis de medida na definição das variáveis latentes (Shumacker & Lomax, 1996).

O sub-modelo estrutural é constituído pelo conjunto de variáveis não diretamente observáveis - variáveis latentes e respetivas relações de causalidade. A estimação do modelo corresponde à obtenção das estimativas dos parâmetros do modelo que reproduzam da melhor forma possível os dados da amostra (Maroco, 2010).

Depois de estimado o modelo é necessário proceder à avaliação da qualidade do modelo obtida, o que corresponde à verificação da adequação do modelo quer aos dados observados quer à realidade que se pretende estudar. A análise preliminar revelou que nenhuma variável apresentou valores de Sk e Ku indicadores de violações severas à distribuição Normal ($|Sk| < 3$ e $|Ku| < 10$, ver Marôco, 2010).

Importa ainda esclarecer os pressupostos teóricos sob os quais assenta o modelo inicial (Koenig, 2001; Gomez & Fisher, 2003; Ryff, 1989; Veir & War, 1983) a partir dos quais apresentamos as seguintes asserções:

- O bem-estar psicológico é influenciado pela religiosidade;
- A religiosidade está associada à saúde mental;
- O bem-estar psicológico é influenciado pelo bem-estar espiritual;
- A saúde mental está correlacionada com o bem-estar psicológico;
- A saúde mental é influenciada pela religiosidade;

Embora alguns dos instrumentos de medida, como por exemplo, os que avaliam as dimensões *religiosidade*, *espiritualidade*, *bem-estar espiritual*, mostrem boas qualidades psicométricas, o MHI-5 e o PWB coloca-nos importantes questões que ainda permanecem por esclarecer, justificando-se a continuação do seu estudo. Especificamente, no que diz respeito à estrutura fatorial do bem-estar psicológico e bem-estar espiritual, as pesquisas têm revelado diferentes resultados, o que significa que é necessária mais investigação acerca da estrutura fatorial desses instrumentos por meio de análises fatoriais confirmatórias (Verhofstadt, et al., 2006).

Para avaliar a qualidade do ajustamento global do modelo fatorial, consideram-se valores indicativos de bom ajustamento CFI e TLI superiores a 0,9 e PCFI E PGFI superiores a 0,6. Considerou-se ainda que um $X^2/df=1$ é perfeito, X^2/df inferior a 2 é bom, é aceitável se inferior a 5 e inaceitável para valores superiores a 5 (sendo que este valor é influenciado pelo tamanho da amostra). Considerou-se ainda que valores de RMSEA inferiores a 0,05 indicam um ajustamento do modelo muito bom e que valores] 0,05;0,10] indicam um ajustamento bom (Kline, 2005; Maroco, 2010 a).

O refinamento do modelo foi efetuado a partir dos valores dos índices de modificação pelos multiplicadores de Lagrange (LM), considerando-se que trajetórias e/ou correlações com $LM > 11$ ($p < 0,01$) eram indicadores de variação significativa da qualidade do modelo. A

avaliação da validade fatorial foi avaliada pela fiabilidade individual ($r \geq 0,25$) dos itens e seus pesos fatoriais estandardizados ($\lambda \geq 0,5$). Considerou-se um teste da diferença de X^2 não significativo, indicador de validade discriminante entre modelos (Maroco, 2010 a).

Iremos apresentar a análise fatorial confirmatória para os diferentes instrumentos de medida, uma vez que, desconhecemos a aplicação destes instrumentos numa amostra com estas características, o que vem ao encontro do defendido por Maroco (2011) uma vez que os instrumentos de medida apresentam uma estrutura fatorial é necessário confirmar para testar a validade convergente, discriminante e de constructo. Para a seleção dos instrumentos foi tido em conta a sua adequação para avaliação das variáveis em estudo, a sua estrutura, e a sua utilização ao nível nacional e internacional. Foram contactados os autores dos questionários utilizados, no sentido de recolher autorização e informação sobre a sua validade e cotação. Os resultados da aplicação dos diferentes instrumentos encontram-se detalhados no Apêndice 3.

3.3.1. Análise confirmatória dos diferentes instrumentos de medida

Em seguida iremos apresentar os diferentes instrumentos de medida e os resultados obtidos.

SWBQ: SPIRITUAL WELL-BEING QUESTIONNAIRE (SWQ) DE GOMEZ E FISHER, 2003 (TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE GOUVEIA, M. ET AL, 2010)

A avaliação da sensibilidade dos itens desta escala é apresentada na tabela 11. Como se pode observar o enviesamento (S_k) é inferior a 3 em todos os itens e o achatamento (K_u) é inferior a 10, pelo que os desvios à normalidade dos diferentes itens não são impeditivos da utilização desta técnica. No que se refere à presença de *outliers* mostra que existem várias observações *outlier*, no entanto quando as retiramos da análise as características do modelo não sofrem alterações significativas, razão pela qual se optou pela manutenção de todas as observações.

Tabela 11 – Valores Mínimos, Máximos, Assimetria e Achatamento dos diferentes itens do SWQ

Itens/escala N=294	Mínimo-Máximo	Assimetria (skewness)	Achatamento (Kurtose)
Pessoal			
9-auto-consciência	2-5	0.60	0.60
14-alegria na vida	1-5	-0.14	-0.98
16-paz interior	1-5	-0.33	-0.54
18-sentido p ^a vida	1-5	-0.49	-0.25
Comunitária			
1-amor pelos outros	1-5	-.494	.695
3-bondade p ^a outros	1-5	-.655	.684
8-confiar nos outros	1-5	-.523	.597
17-respeito pelos outros	1-5	-.580	.866
19-generosidade p ^a outros	1-5	-.743	1.21
Ambiental			
4-ligação c/natureza	1-5	-.733	.351
7-admiração paisagem	1-5	-1.123	1.81
10-união c/natureza	1-5	-.984	1.21
12-harmonia c/ambiente	1-5	-.950	1.32
20-magia na natureza	1-5	-.971	.960
Transcendental			
2-relação c/Deus	1-5	-.992	.172
11-união c/Deus	1-5	-1.18	.916
13-paz c/Deus	1-5	-1.11	1.369
15-vida meditação/oração	1-5	-.073	-.906

Os 20 itens propostos pelos autores da escala que a compõem estão repartidos por 4 dimensões. Na nossa investigação, **foram apenas considerados 18** devido à elevada taxa de não resposta observada para o item ***Um sentimento de identidade pessoal e Admiração e respeito pela Criação – itens 5 e 6*** – razão pela qual foram retirados da análise.

Como se pode observar, na tabela 12, todos os itens apresentam pesos fatoriais elevados, na sua grande maioria superiores a 0.7 e todos são estatisticamente significativos ($p < 0.001$). Todos os fatores da escala apresentam elevada fiabilidade compósita ($FC_{Pessoal} = 0.82$; $FC_{Comunitária} = 0.85$, $FC_{Ambiental} = 0.95$ e $FC_{Transcendental} = 0.92$), podemos assim concluir que no seu conjunto os itens são uma medida fiável do respetivo fator. Relativamente à fiabilidade individual de cada um dos itens ou indicadores, se estes forem superiores a 0.5, podemos afirmar que os itens apresentam fiabilidade individual. Como se pode verificar a maioria dos itens apresenta elevada fiabilidade individual apenas dois itens apresentam

fiabilidade abaixo de 0.5. No que se refere à validade convergente dado que a VEM é para todos os fatores superior a 0.5 ($VEM_{Pessoal}=0.54$; $VEM_{Comunitária}=0.54$; $VEM_{Ambiental}=0.79$ e $VEM_{transcendental}=0.739$), podemos concluir que o modelo apresenta validade convergente. Comparando a VEM de cada um dos fatores com o quadrado da correlação interfator verificamos que a VEM é quase sempre (exceção entre comunitária e pessoal) superior ao quadrado da correlação, pelo que se conclui que o modelo de medida apresenta validade discriminante. Assim, este instrumento de medida apresenta validade de constructo.

Constatamos, ainda, pela leitura da mesma tabela, que na nossa amostra os indivíduos colocam-se na categoria de **Ambientalistas** ($M=3.95$), ou seja, o BEE é desenvolvido, maioritariamente, por pessoas que integram o conhecimento através dos domínios pessoal e comunitário, com um sentido de respeito e admiração pelo ambiente, reconhecendo nele, uma dimensão transcendente. Observamos ainda que a perspetiva **Pessoal** é a menos desenvolvida, ou seja, as pessoas que desenvolvem o seu bem-estar espiritual através dos seus recursos internos, auto-suficientes, auto-centrados ($M=3.21$). Verificamos ainda que 91% da variabilidade da dimensão – **Comunitária** – é explicada pelos itens 1-amor pelos outros; 3-bondade p^a outros; 8-confiar nos outros; 17-respeito pelos outros; 19-generosidade p^a outros e apenas 31% são explicados pela dimensão **Transcendente**. Esta dimensão tem alusões à natureza ou ao universo, existindo um distanciamento claro da religião, da figura de Deus ou do divino. O enfoque nos três primeiros domínios caracteriza uma perspetiva essencialmente existencialista do conceito de BEE (Fisher, 2010 a).

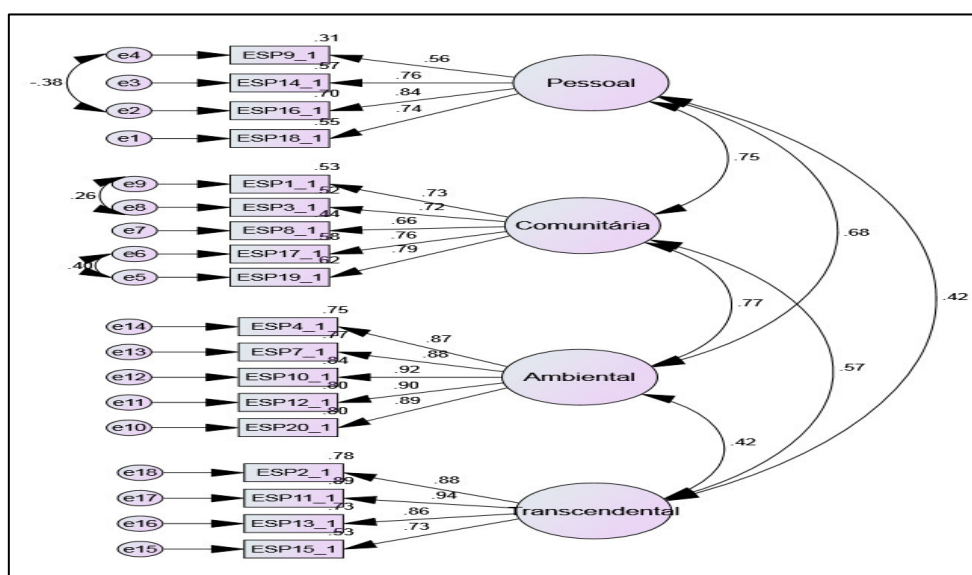
A qualidade de ajustamento do modelo original avaliada por alguns dos índices de ajustamento mais usuais mostra que este modelo apresenta um ajustamento fraco ($X^2/df=3.291$; $CFI=0.928$, $GFI=0.859$, $RMR=0.062$, $RMSEA=0.088$ $P[rmsea\leq 0.05]<0.001$, $MECVI=1.755$). A análise dos índices de modificação para este modelo mostra que seria vantajoso correlacionar alguns erros. Assim, procedemos à correlação dos itens com maiores IM e que pertençam a um mesmo fator (tal pode explicar-se pelo facto destes itens partilharem informação). Procedendo a estas correlações obtêm-se o modelo que é apresentado na figura 1 e que apresenta um ajustamento que já pode ser considerado aceitável ($X^2/df=2.803$, $CFI=0.944$, $GFI=0.886$, $RMR=0.057$, $RMSEA=0.078$, $P[rmsea\leq 0.05]<0.001$, $MECVI$ (Minor Expected Cross-Validation Index)=1.534). De notar que este novo modelo apresenta um MECVI consideravelmente menor do que o modelo original, o que é indicativo de uma melhor validade na população deste estudo.

Tabela 12 – Média, Desvio-padrão, Pesos Fatoriais Estandarizados, Fiabilidade Individual dos Itens, Fiabilidade Compósita e Variância Extraída Média (VEM) das Dimensões do SWQ

Itens/escala N=294	Média	DP	Peso factorial (λ)	Fiabilidade individual (λ^2)	Fiabilidade compósita	VEM
Pessoal	3.21				0.82	0.53
9-auto-consciência	3.55	0.68	0.55	0.30		
14-alegria na vida	2.81	1.22	0.75	0.57		
16-paz interior	3.13	1.07	0.83	0.70		
8-sentido p ^a vida	3.36	1.07	0.74	0.55		
Comunitária	3.65				0.85	0.53
1-amor pelos outros	3.56	0.85	0.73	0.53		
3-bondade p ^a outros	3.82	0.80	0.72	0.52		
8-confiar nos outros	3.28	0.83	0.66	0.44		
17-respeito pelos outros	3.79	0.78	0.76	0.57		
19-generosidade p ^a outros	3.81	0.82	0.78	0.61		
Ambiental	3.95				0.95	0.79
4-ligação c/natureza	3.91	0.89	0.86	0.86		
7-admiração paisagem	4.06	0.85	0.88	0.77		
10-união c/natureza	3.98	0.86	0.91	0.83		
12-harmonia c/ambiente	3.90	0.87	0.89	0.80		
20-magia na natureza	3.91	0.95	0.89	0.79		
Transcendental	3.56				0.92	0.73
2-relação c/Deus	3.70	1.20	0.88	0.78		
11-união c/Deus	3.79	3.79	0.94	0.88		
13-paz c/Deus	3.77	3.77	0.85	0.73		
15-vida meditação/oração	2.98	2.98	0.72	0.53		

Nota: *Pesos de regressão obtidos através da Análise Fatorial Confirmatória (Modelo1 = modelo quatro fatores e Modelo 2 = modelo hierárquico). Todos os valores são significativos para $p < 0,001$.

Figura 1 – Modelo de Medida de 2ª Ordem do Bem-estar Espiritual ($\chi^2/df=2.792$; CFI=0.944, GFI= 0.885, RMR=0.059, RMSEA= 0.059 $P[rmsea \leq 0.05] < 0.001$, MECVI=1.534)



SCALE SPIRITUAL ASSESSEMENT SSA – ESCALA DE AVALIAÇÃO ESPIRITUAL DE O'BRIEN. (1999)

A avaliação da sensibilidade dos itens desta escala é apresentada na tabela 13. Como se pode observar o enviesamento (Sk) é para todos eles inferiores a 3 e o achatamento é inferior a 10, pelo que os desvios à normalidade dos diferentes itens não são impeditivos da utilização desta técnica. No que se refere à presença de outliers, verificámos a existência de várias observações outlier, pelo que optámos por realizar a AFC mas retiramos do MEE:

Tabela 13 – Valores Mínimos, Máximos, Assimetria e Achatamento dos diferentes itens da SAS

Itens/escala N=294	Mínimo- Máximo	Assimetria (skeuness)	Achatamento (Curtose)
Fé Pessoal N=294			
1 - Há um ser supremo, ou Deus, que criou a humanidade e que cuida de todas as criaturas	1-5	1.95	5.57
2 - Estou em paz com Deus	1-5	1.72	5.18
3 - Confio que Deus olha por mim	1-5	1.44	2.90
4 - Recebo força e conforto nas minhas crenças espirituais	1-5	1.45	3.25
5 - Acredito que Deus se interessa por todas as atividades da minha vida		1.44	2.81
6 - Creio que Deus cuidará do futuro	1-5	1.24	2.22
7 - As minhas crenças espirituais apoiam uma imagem positiva de mim próprio e dos outros, como filhos de Deus	1-5	1.58	4.44
Prática religiosa N=294			
2 - Sou fortalecido por participar nos serviços religiosos	1-5	-0.45	-1.14
4 - Sou apoiado pela relação com amigos ou familiares que partilham as minhas crenças religiosas	1-5	0.10	-1.01
5 - Recebo conforto e apoio de um companheiro espiritual, por exemplo, um sacerdote ou amigo	1-5	-0.32	-0.96
6 - A minha relação com Deus é fortalecida pela oração pessoal	1-5	0.72	-0.53
7 - Ler ou pensar em coisas religiosas ou espirituais ajudam-me a comunicar com Deus	1-5	0.66	-0.57
Paz espiritual N=294			
2 - Sinto-me “longe” de Deus	1-5	1.60	3.05
3 - Tenho medo que Deus não consiga tomar conta das minhas necessidades	1-5	1.36	2.02
4 - Fiz algumas coisas que temo que Deus não possa perdoar-me	1-5	1.62	4.44
5 - Sinto-me zangada/o com Deus por permitir que “coisas más” me aconteçam a mim ou às pessoas de quem gosto	1-5	1.46	2.69
6 - Sinto que perdi o amor de Deus	1-5	1.45	3.251
7 - Acredito que não há esperança de obter o amor de Deus	1-5	1.44	2.818

No modelo de medida foram considerados todos os itens do questionário à exceção dos itens 10 e 15, respetivamente o item – ***Encontro mais satisfação em atividades motivadas***

pela religião do que em serviços religiosos, por exemplo trabalho voluntário ou ajudar os outros – da dimensão Prática religiosa, e o item da dimensão Paz espiritual – **Experimento dor associada com as minhas crenças espirituais**. Estes itens foram retirados da análise por apresentarem uma elevada taxa de não resposta. A qualidade de ajustamento do modelo original avaliada por alguns dos índices de ajustamento mais usuais mostra que este modelo apresenta um ajustamento fraco ($\chi^2/df=5.038$; CFI=0.905, GFI=0.805, RMR=0.059, RMSEA= 0.117, $P[\text{rmsea} \leq 0.05] < 0.001$, MECVI=2.862). A análise dos índices de modificação para este modelo mostra que seria vantajoso correlacionar alguns erros e a eliminação de alguns itens nomeadamente os itens **Ler ou pensar em coisas religiosas ou espirituais ajudam-me a comunicar com Deus** e o item **A minha relação com Deus é fortalecida pela oração pessoal**, da dimensão Prática religiosa- por estarem correlacionados com o fator Fé Pessoal, no entanto como os valores destes IM não é muito elevado (muito superior a 11) optamos por mantê-los. Assim, procedemos à correlação dos itens com maiores IM e que pertençam a um mesmo fator (tal pode explicar-se pelo facto destes itens partilharem informação). Procedendo a esta correlação obtém-se o modelo que é apresentado na figura 2 e que apresenta um ajustamento que já pode ser considerado aceitável ($\chi^2/df= 2.327$, CFI=0.970, GFI= 0.895, RMR=0.055, RMSEA= 0.067, $P[\text{rmsea} \leq 0.05]=0.002$, MECVI=1.481). De notar que este novo modelo apresenta um MECVI consideravelmente menor do que o modelo original, o que é indicativo de uma melhor validade deste na população do estudo.

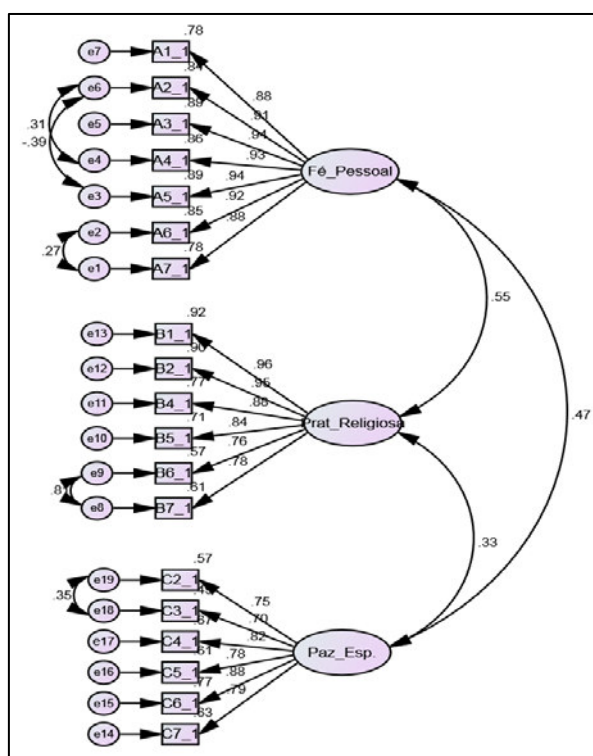
Podemos observar na tabela 14 que todos os itens apresentam pesos fatoriais elevados, superiores a 0.7 e todos são estatisticamente significativos ($p < 0.001$). Todos os fatores da escala apresentam elevada fiabilidade ($FC_{fé_pessoa}=0.97$; $FC_{prát_re}=0.95$ e $FC_{paz_esp}= 0.91$), podemos assim concluir que no seu conjunto os itens são uma medida fiável do respetivo fator. Como se pode verificar a maioria dos itens apresenta elevada fiabilidade individual apenas dois itens apresentam fiabilidade abaixo de 0.6 e uma fiabilidade ligeiramente abaixo de 0.5. No que se refere à validade convergente dado que a VEM é para todos os fatores superior a 0.5 ($VEM_{fé_pessoa}=0.84$; $VEM_{prát_re}=0.75$; $VEM_{paz_esp}=0.62$, podemos concluir que o modelo apresenta validade convergente. Comparando a VEM de cada um dos fatores (tabela 4) com o quadrado da correlação interfator verificamos que a VEM é sempre superior ao quadrado da correlação, pelo que se conclui que o modelo apresenta validade discriminante. Assim, o modelo apresenta validade de constructo.

Tabela 14 – Média, desvio-padrão, Pesos Fatoriais Estandarizados, Fiabilidade Individual dos Itens, Fiabilidade Compósita e Variância Extraída Média (VEM) das Dimensões da SAS

Itens/escala N=294	Média	DP	Peso factorial (λ)	Fiabilidade individual (λ)*	Fiabilidade compósita	VEM
Fé Pessoal N=294	10.86				0.97	0.84
1 - Há um ser supremo, ou Deus, que criou a humanidade e que cuida de todas as criaturas	0.75	0.81	0.88	0.78		
2 - Estou em paz com Deus	1.80	0.76	0.91	0.83		
3 - Confio que Deus olha por mim	1.87	0.86	0.94	0.88		
4 - Recebo força e conforto nas minhas crenças espirituais	1.88	0.83	0.92	0.86		
5 - Acredito que Deus se interessa por todas as atividades da minha vida	1.90	0.88	0.94	0.88		
6 - Creio que Deus cuidará do futuro	1.94	0.88	0.92	0.84		
7 - As minhas crenças espirituais apoiam uma imagem positiva de mim próprio e dos outros, como filhos de Deus	10.90	0.77	0.88	0.77		
Prática religiosa N=294	2.93				0.94	0.74
1 - Pertencer a uma igreja ou grupo de fé é uma parte importante da minha vida	3.02	1.37	0.95	0.92		
2 - Sou fortalecido por participar nos serviços religiosos	3.05	1.34	0.95	0.90		
4 - Sou apoiado pela relação com amigos ou familiares que partilham as minhas crenças religiosas	2.99	1.29	0.87	0.75		
5 - Recebo conforto e apoio de um companheiro espiritual, por exemplo, um sacerdote ou amigo	3.26	1.31	0.84	0.69		
6 - A minha relação com Deus é fortalecida pela oração pessoal	2.48	1.30	0.75	0.57		
7 - Ler ou pensar em coisas religiosas ou espirituais ajudam-me a comunicar com Deus	2.54	1.28	0.78	0.61		
Paz espiritual N=294	1.71				0.90	0.62
2 - Sinto-me “longe” de Deus	1.76	0.87	0.69	0.489		
3 - Tenho medo que Deus não consiga tomar conta das minhas necessidades	1.87	0.91	0.81	0.667		

Itens/escala N=294	Média	DP	Peso factorial (λ)	Fiabilidade individual (λ)*	Fiabilidade compósita	VEM
4 - Fiz algumas coisas que temo que Deus não possa perdoar-me	1.62	0.67	0.78	0.610		
5 - Sinto-me zangada/o com Deus por permitir que “coisas más” me aconteçam a mim ou às pessoas de quem gosto	1.69	0.77	0.87	0.771		
6 - Sinto que perdi o amor de Deus	1.61	0.67	0.87	0.627		
7 - Acredito que não há esperança de obter o amor de Deus	1.68	0.78	0.79	0.569		

Figura 2 – Modelo de Medida da Avaliação Espiritual Modificado ($X^2/df= 2.327$, CFI=0.970, GFI= 0.895, RMR=0.055, RMSEA= 0.067, P[rmsea<=0.05]=0.002, MECVI=1.481)



A análise da figura, permite-nos ainda concluir que a dimensão com maior variabilidade na explicação do construto **da Espiritualidade é a Fé pessoal (0.28)** seguindo-se a Prática religiosa (0.39) e a Paz espiritual (0.53), todos são estatisticamente significativos na explicação da variabilidade observada no constructo da espiritualidade. Podemos ainda afirmar que **78 % da variabilidade** observada no fator **Fé pessoal** é explicada pelo conjunto dos itens e os itens que apresentam maior peso factorial são o 3- **confio que Deus olha por mim** e o 5- **acredito que Deus se interessa por todas as atividades da minha vida**; 39% da variabilidade observada no fator Prática religiosa é explicada pelo conjunto de itens usado e apenas 29% da variabilidade do fator Paz espiritual é explicada pelos itens usados.

DUREL – DUKE RELIGION INDEX

Segundo os autores é uma escala unifatorial constituída por 5 itens. A avaliação da sensibilidade, mostra que não existem desvios à normalidade impeditivos da utilização da técnica de AFC, os valores de enviesamento (Sk) são para todos os itens inferiores a 3 e os valores de achatamento são inferiores a 10 (tabela 15).

Tabela 15 – Distribuição das pontuações nas diferentes dimensões do DUREL

Itens/escala N=294	Mínimo- Máximo	Assimetria	Achatamento
Item 1 - Atividade religiosa organizacional (ARO)	1-6	0.43	-1.11
Item 2 - Atividade religiosa não organizacional (ARNO)	1-6	-0.07	-1.66
Religiosidade intrínseca (RI)			
Item 3 - Na minha vida sinto a presença de Deus	1-5	-1.28	0.65
Item 4 - As minhas crenças religiosas suportam toda a minha maneira de viver	1-5	-1.22	0.46
Item 5 - Eu esforço-me por viver a minha religião em todos os aspetos da minha vida	1-5	-1.19	0.33

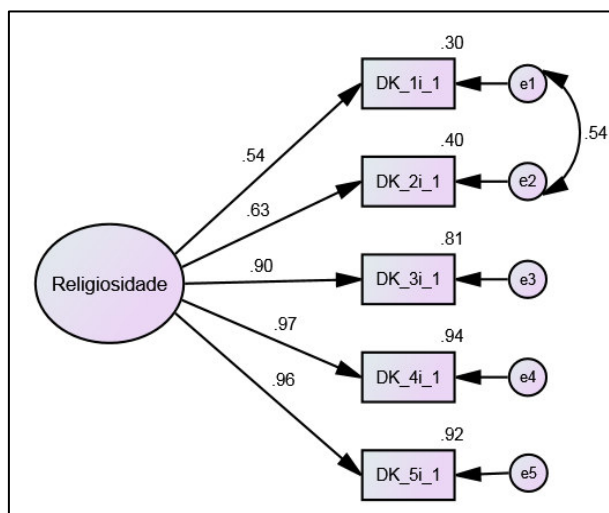
Como se pode observar (tabela 16) todos os itens apresentam pesos fatoriais superiores a 0.5 e todos são estatisticamente significativos ($p < 0.001$). O fator da escala apresenta elevada fiabilidade ($FC = 0.90$), relativamente à fiabilidade individual de cada um dos itens ou indicadores, esta é avaliada pelo quadrado dos pesos fatoriais estandardizados, se estes forem superiores a 0.5 podemos afirmar que os itens apresentam fiabilidade individual. Como se pode verificar apenas dois dos itens apresentam uma baixa fiabilidade. No que se refere à validade convergente dado que a VEM é superior a 0.5 ($VEM = 0.67$) podemos concluir que o modelo apresenta validade convergente.

Tabela 16 – Resultados da Análise fatorial confirmatória do modelo de medida da religiosidade refinado

Itens/escala N=294	Média	DP	Peso fatorial (λ)	Fiabilidade individual (λ)*	Fiabilidade compósita	VEM
Item 1- Atividade religiosa organizacional (ARO)	2.83	1.55	0.54	0.29		
Item 2 - Atividade religiosa não organizacional (ARNO)	3.23	1.85	0.63	0.40		
Religiosidade intrínseca (RI)					0.90	0.67
Item 3 - Na minha vida sinto a presença de Deus	4.03	1.27	0.89	0.80		
Item 4 - As minhas crenças religiosas suportam toda a minha maneira de viver	3.97	1.29	0.97	0.94		
Item 5 - Eu esforço-me por viver a minha religião em todos os aspetos da minha vida	3.96	1.30	0.95	0.91		

O modelo de medida é o apresentado na Figura 3. A qualidade de ajustamento deste modelo avaliada por alguns dos índices de ajustamento mais usuais mostra que este modelo apresenta um ajustamento fraco ($X^2/df=22.212$; CFI=0.923, GFI= 0.878, RMR=0.249, RMSEA= 0.269, $P[\text{rmsea} \leq 0.05] < 0.001$, MECVI=0.449). A análise dos índices de modificação para este modelo mostra um índice de modificação muito elevado (83.982) entre os erros e1 e e2, o que significa que os itens 1 e 2 – a **atividade religiosa organizacional (ARO)** e **atividade religiosa não organizacional (ARNO)** estão a ser interpretados como significando o mesmo, pelo que é vantajoso correlacioná-los. Verificamos ainda que o fator que intervém com maior variabilidade para o constructo da religiosidade é o 4 – **As minhas crenças religiosas suporta toda a minha maneira de viver com 94% seguido do fator 5 e 3, respetivamente Eu esforço-me por viver a minha religião em todos os aspetos da minha vida e Na minha vida sinto a presença de Deus, com 92 e 81 %**. Importa evidenciar que estes 3 itens avaliam a dimensão da religiosidade intrínseca. O modelo obtido, e apresentado na figura 4 e apresenta um ajustamento que já pode ser considerado bom ($X^2/df=3.397$; CFI=0.993, GFI= 0.983, RMR=0.034, RMSEA= 0.090, $P[\text{rmsea} \leq 0.05]=0.084$, MECVI=0.123). De notar que este novo modelo apresenta um MECVI consideravelmente menor do que o modelo original, o que é indicativo de uma melhor validade deste na população do estudo.

Figura 3 – Modelo de Medida da Religiosidade Modificado ($\chi^2/df=3.397$; CFI=0.993, GFI=0.983, RMR=0.034, RMSEA= 0.090, P[rmsea<=0.05]=0.084, MECVI=0.123)

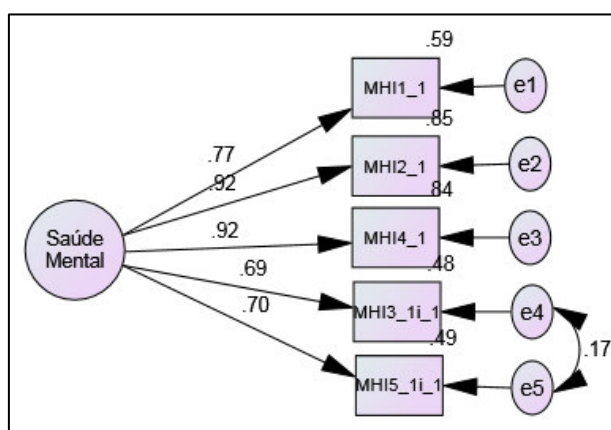


MHI 5 – Mental Health Inventory 5

O modelo de medida da saúde mental é constituído por 5 itens, como mostra a figura 4. A qualidade de ajustamento do modelo original avaliada por alguns dos índices de ajustamento mais usuais mostra que este modelo apresenta um ajustamento aceitável ($X^2/df=5.957$; CFI=0.974, GFI= 0.960, RMR=0.062, RMSEA= 0.130, P[rmsea<=0.05]=0.002, MECVI=0.171). A análise dos índices de modificação para este modelo mostra que seria vantajoso correlacionar alguns erros. Assim procedeu-se à correlação entre os erros e1 e e4 e e4 com e5, ou seja, estes itens foram percebidos da mesma forma (calmo e feliz). O modelo final obtido apresenta um ajustamento muito bom ($X^2/df=1.656$; CFI=0.998, GFI= 0.994, RMR=0.020, RMSEA= 0.047, P[rmsea<=0.05]=0.043, MECVI=0.101) (Figura 4). Adicionalmente e como se pode verificar pela tabela 18, todos os itens apresentam elevados pesos fatoriais todos superiores a 0.7 e todos estatisticamente significativos. Todos os itens apresentam fiabilidade individual ($\alpha^2 \geq 0.5$) e o fator apresenta consistência interna moderada a boa (FC=0.82). No que se refere à validade convergente podemos afirmar que os fator apresentam validade convergente (VEM>0.5).

Tabela 17 – Distribuição das pontuações na escala total do MHI-5

Itens/escala N=294	Mínimo- Máximo	Assimetria	Achatamento
1-Quanto tempo, na últimas quatro semanas se sentiu nervosa/o?	1-6	-0.00	-0.96
2- Quanto tempo, nas últimas quatro semanas, se sentiu deprimida/o em que nada o/a animava?	1-6	-0.16	-0.99
3-Quanto tempo, nas últimas quatro semanas, se sentiu calma/o e tranquila/o?*	1-6	-0.56	-0.60
4- Quanto tempo, nas últimas quatro semanas, se sentiu triste e em baixo?	1-6	-0.12	-1.06
5-Quanto tempo, nas últimas quatro semanas se sentiu feliz?*	1-6	-0.62	-0.44

Figura 4 – Modelo de Medida da Saúde Mental Corrigido ($\chi^2/df=4.95$; CFI=0.84, GFI= 0.74, RMR=0.05, RMSEA= 0.11, $P[rmsea \leq 0.05]=0.043$, MECVI=0.101)

Todos os fatores são estatisticamente significativos na explicação da saúde mental. O fator 2. **Quanto tempo, nas últimas quatro semanas, se sentiu deprimida/o em que nada o/a animava?** é o que apresenta um maior peso (0.86) na explicação da variabilidade observada na saúde mental; o fator 4. **Quanto tempo, nas últimas quatro semanas, se sentiu triste e em baixo?** apresenta o segundo maior peso na explicação da variabilidade observada (0.84), segue-se o fatores 1 com 0.57. **Quanto tempo, na últimas quatro semanas se sentiu nervosa/o?** ainda assim o seu peso é considerado moderado. O maior peso de explicação da variabilidade do constructo da saúde mental surge nos itens que avaliam o sofrimento mental (deprimido, triste e nervoso).

Tabela 18 – Resultados da Análise fatorial confirmatória do modelo de medida refinado do MHI-5

Itens/escala N=294	Média	DP	Peso fatorial (λ)*	Fiabilidade individual (λ^2)	Fiabilidade compósita	VEM
1 - Quanto tempo, na últimas quatro semanas se sentiu nervosa/o?	3.22	1.44	0.75	0.57	0.81	0.67
2 - Quanto tempo, nas últimas quatro semanas, se sentiu deprimida/o em que nada o/a animava?	3.55	1.53	0.92	0.85		
3 -.Quanto tempo, nas últimas quatro semanas, se sentiu calma/o e tranquila/o?***	2.97	1.28	0.91	0.84		
4 - Quanto tempo, nas últimas quatro semanas, se sentiu triste e em baixo?	3.38	1.49	0.67	0.45		
5 -.Quanto tempo, nas últimas quatro semanas se sentiu feliz?***	2.90	1.33	0.69	0.47		

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO – RPWB Scale

A avaliação da sensibilidade dos itens desta escala é apresentada na tabela 19. Como se pode observar o enviesamento (Sk) é inferior a 3 em todos os itens e o achatamento é inferior a 10, pelo que os desvios à normalidade dos diferentes itens não são impeditivos da utilização desta técnica. No que se refere à presença de *outliers*, o cálculo da distância Mahalanobis, mostra que existem várias observações *outlier*, no entanto quando as retiramos da análise as características do modelo não sofreram alterações significativas, razão pela qual se optou pela manutenção de todas as observações.

O modelo de medida do bem-estar psicológico contempla 42 itens que segundo os autores definem 6 fatores ou dimensões. Este modelo apresenta diversos problemas nomeadamente o fato da matriz de variâncias covariâncias não ser invertível e daí, as estimativas obtidas não serem fiáveis. Isto pode dever-se a várias razões nomeadamente à relação entre a dimensão da amostra, e o nº de itens da escala (que no caso da AFC e modelos de equações estruturais a dimensão da amostra deve ser 10 a 15 vezes o nº de itens da escala ou 5 a 10 vezes o nº de parâmetros a estimar) mas pode dever-se ainda a outros problemas como itens com baixo peso fatorial nos respetivos itens e estarem fortemente correlacionados com diferentes fatores.

Tabela 19 – Distribuição das pontuações nas diferentes dimensões do RPWB Scale

Itens/escala N=294	Mínimo- Máximo	Assimetria (skeuiness)	Achatamento (Curtose)
Aceitação de si			
4 - Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram**	1-6	-0.55	-0.02
9 - De um modo geral sinto-me confiante e bem comigo próprio(a)	1-6	-0.60	0.25
21 - Gosto da maior parte dos aspetos da minha personalidade	1-6	-1.02	2.65
25 - Em muitos aspetos sinto-me desiludido (a)com o que alcancei na vida	1-6	0.22	-0.63
34 - Provavelmente eu não tenho uma atitude para comigo próprio(a) tão positiva como a maioria das pessoas tem em relação a si própria	1-6	-0.25	-0.32
40** - Quando me comparo com amigos e conhecidos, sinto-me bem em ser quem sou	2-6	-0.41	0.78
Relação com os outros			
7 - Manter relações estreitas com os outros tem-me sido difícil e frustrante	1-6	0.23	-0.93
16 - Gosto de ter conversas pessoais com os membros da minha família ou amigos	1-6	-0.69	1.73
29 - As pessoas poderiam descrever-me como uma pessoa generosa e sempre pronta a partilhar o meu tempo com os outros	1-6	-0.33	0.20
32 - Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança	1-6	0.40	-0.43
37 - Sei que posso confiar nos meus amigos e eles sabem que podem confiar em mim	1-6	-0.74	2.32
Domínio do meio			
6 - Muitas vezes as exigências do dia-a-dia deitam-me abaixo	1-6	-0.38	-0.82
18 - Sinto-me, frequentemente, “esmagado.a) ” pelo peso das responsabilidades	1-6	-0.11	-1.04
38 - Tenho dificuldade em organizar a minha vida para que me satisfaça	1-6	-0.10	-0.81
42 - Consegui construir um lar e um estilo de vida que é muito do meu agrado	1-6	-1.18	1.76
Crescimento Pessoal			
2 - Não estou interessado(a) em atividades que alarguem os meus horizontes	1-6	-0.21	-1.10
19 - Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo	1-6	-0.39	-0.57
28 - Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa	1-6	-0.41	1.23
31 - Não gosto de estar em situações novas que exijam	1-6	-0.49	-0.88

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Itens/escala N=294	Mínimo- Máximo	Assimetria (skewness)	Achatamento (Kurtose)
que mude o meu modo habitual de fazer as coisas			
Objetivos de vida			
17 - Tenho uma ideia definida dos objetivos e do rumo que quero dar à vida	1-6	-0.82	1.24
20 - As minhas atividades diárias parecem-me frequentemente triviais e pouco importantes	1-6	-0.12	-0.32
26 - Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade	1-6	-0.72	0.80
36 - Às vezes sinto-me como se já tivesse feito tudo o que há para fazer na vida	1-6	0.06	-0.89
Autonomia			
5 - Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas	1-6	-0.99	0.10
10 - Habitualmente as minhas decisões não são influenciadas pelo que os outros fazem	1-6	-0.65	-0.43
14 - Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim	1-6	0.19	-1.21
22 - Tenho tendência a ser influenciado (a) por pessoas com opiniões firmes	1-6	0.59	-0.57
30 - É-me difícil exprimir as minhas opiniões em assuntos controversos	1-6	0.25	-1.08

Neste modelo todos os itens apresentam pesos fatoriais elevados, na sua grande maioria superiores a 0.7 e todos são estatisticamente significativos (tabela 20). Todos os fatores apresentam elevada consistência interna ($FC > 0.7$), e fiabilidade individual como se pode observar todos os itens apresentar $\eta^2 > 0.25$. Apenas os construtos “**Domínio do meio**”, “**Objectivos de vida**” e “**Autonomia**” apresentam validade convergente ($VEM \geq 0.5$). No que se refere á validade divergente, pelo que se conclui que o modelo de medida do bem-estar psicológico apesar de fiável não apresenta validade discriminante e consequentemente não apresenta validade de construto.

Tabela 20 – Resultados da Análise fatorial confirmatória do modelo de medida refinado do BEP

Itens/escala (N=294)	Média	DP	Peso factorial (λ)*	Fiabilidade compósita	Fiabilidade Individual (λ^2)	VEM
Aceitação de si	4.23			0.802		0.405
4 - Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram**	3.99	1.30	0.56		0.398	
9 - De um modo geral sinto-me confiante e bem comigo próprio(a)**	4.33	1.23	0.74		0.391	
21 - Gosto da maior parte dos aspetos da minha personalidade**	4.85	0.95	0.63		0.373	
25 - Em muitos aspetos sinto-me desiludido (a)com o que alcancei na vida	3.95	1.40	0.61		0.397	
34 - Provavelmente eu não tenho uma atitude para comigo próprio(a) tão positiva como a maioria das pessoas tem em relação a si própria	3.70	1.22	0.62		0.549	
40 - Quando me comparo com amigos e conhecidos, sinto-me bem em ser quem sou**	4.61	0.86	0.63		0.324	
Relação com os outros	4.20			0.752		0.379
7 - Manter relações estreitas com os outros tem-me sido difícil e frustrante	3.94	1.51	0.64		0.29	
16 - Gosto de ter conversas pessoais com os membros da minha família ou amigos**	3.52	1.59	0.70		0.29	
29 - As pessoas poderiam descrever-me como uma pessoa generosa e sempre pronta a partilhar o meu tempo com os outros**	4.84	0.84	0.62		0.39	
32 - Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança	4.12	1.34	0.54		0.50	
37 - Sei que posso confiar nos meus amigos e eles sabem que podem confiar em mim**	4.61	0.92	0.54		0.41	
Domínio do meio	3.80			0.806		0.512
6 - Muitas vezes as exigências do dia-a-dia deitam-me abaixo	3.29	1.57	0.68		0.379	
18 - Sinto-me, frequen., “esmagado(a) ” pelo peso das responsabilidades	3.52	1.59	0.76		0.607	
38 - Tenho dificuldade em organizar a minha vida para que me satisfaça	3.83	1.39	0.77		0.590	

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Itens/escala (N=294)	Média	DP	Peso factorial (λ)*	Fiabilidade compósita	Fiabilidade Individual (λ^2)	VEM
42 - Consegui construir um lar e um estilo de vida que é muito do meu agrado**	4.79	1.13	0.61		0.472	
Crescimento Pessoal	3.80			0.733		0.411
2 - Não estou interessado(a) em atividades que alarguem os meus horizontes	3.31	1.64	0.62		0.389	
19 - Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo**	3.83	1.49	0.71		0.511	
28 - Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa**	4.47	0.94	0.50		0.252	
31 - Não gosto de estar em situações novas que exijam que mude o meu modo habitual de fazer as coisas	3.61	1.53	0.70		0.491	
Objetivos de vida	3.95			0.791		0.487
17 - Tenho uma ideia definida dos objetivos e do rumo que quero dar à vida**	4.41	1.11	0.66		0.441	
20 - As minhas atividades diárias parecem-me frequentemente triviais e pouco importantes	3.57	1.27	0.67		0.458	
26 - Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade**	4.10	1.23	0.68		0.472	
36 - Às vezes sinto-me como se já tivesse feito tudo o que há para fazer na vida	3.72	1.54	0.75		0.576	
Autonomia	4.21			0.848		0.533
5 - Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas**	4.54	1.48	0.74		0.59	
10 - Habitualmente as minhas decisões não são influenciadas pelo que os outros fazem**	4.18	1.54	0.63		0.406	
14 - Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim	4.06	1.60	0.61		0.378	
22 - Tenho tendência a ser influenciado (a) por pessoas com opiniões firmes	4.33	1.47	0.84		0.717	
30 - É-me difícil exprimir as minhas opiniões em assuntos controversos	3.98	1.61	0.78		0.613	

Nota: *Pesos de regressão obtidos através da Análise Fatorial Confirmatória (Modelo1 = modelo quatro fatores e Modelo 2 = modelo hierárquico). Todos os valores são significativos para $p < 0,001$.

** Itens revertidos

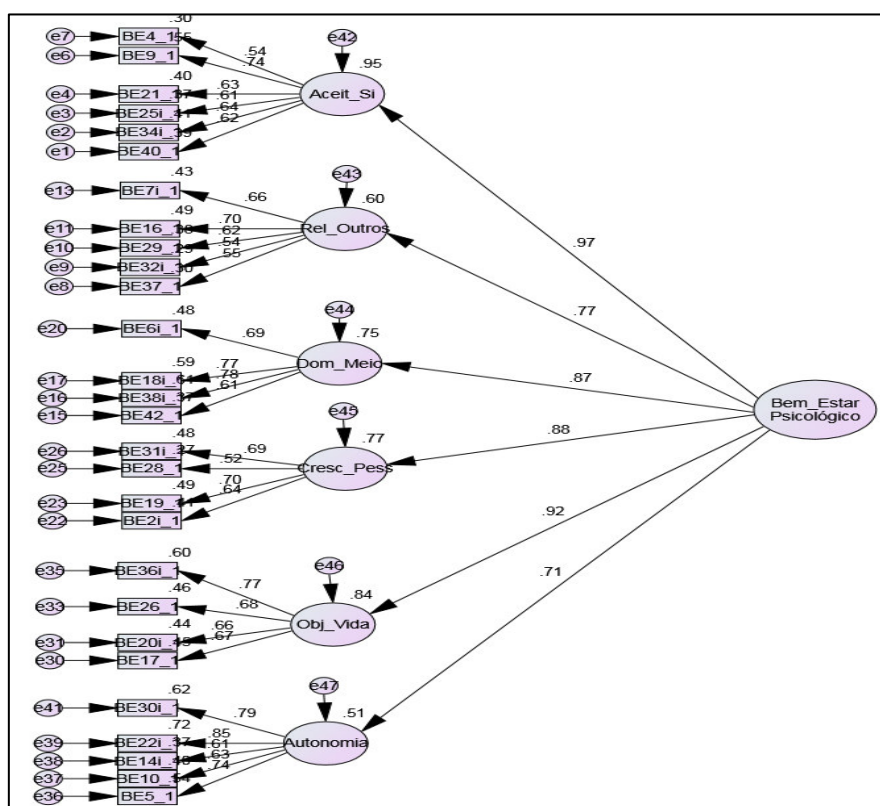
Todos os fatores são estatisticamente significativos na explicação do bem-estar psicológico. O fator Aceitação de si é o que apresenta um maior peso (0.95) na explicação da variabilidade observada no bem-estar psicológico, o fator Objetivos de vida apresenta o segundo maior peso na explicação da variabilidade observada (0.84), seguem-se os fatores Crescimento pessoal e Domínio do meio que explicam 0.88 e 0.86 da variabilidade observada no bem-estar psicológico. O fator Autonomia é que apresenta um menor peso na explicação da variabilidade do constructo bem-estar psicológico, ainda assim o seu peso pode ser considerado moderado (0.72) (figura 5).

Os índices de ajustamento obtidos para este modelo são inferiores aos valores considerados como um bom ajustamento ($\chi^2/df=2.681$; CFI=0.762, GFI= 0.707, RMR=0.124, RMSEA= 0.076, $P[\text{rmsea} \leq 0.05] < 0.001$, MECVI=8.150). Assim, numa análise sequencial fomos retirando alguns itens que apresentavam pesos fatoriais muito inferiores aos valores recomendados (0.5).

Assim foram retirados da análise os seguintes 14 itens por apresentarem pesos fatoriais muito inferiores a 0.5 e/ ou estarem correlacionados com outros fatores. Dos 14 itens que foram retirados da análise final verificamos que 7 necessitam de ser invertidos, ou seja, parece haver alguma dificuldade na perceção da questão e a resposta é realizada de forma invertida ao pensado pelos respondentes.

O modelo obtido é o apresentado na figura 5. Neste modelo a matriz de variâncias covariâncias já é invertível e por conseguinte as estimativas obtidas são fiáveis. O modelo apresenta melhores índices de ajustamento, mas ainda não apresenta um bom ajustamento ($\chi^2/df=2.369$; CFI=0.875, GFI= 0.832, RMR=0.110, RMSEA= 0.068, $P[\text{rmsea} \leq 0.05] < 0.001$, MECVI=3.247).

Figura 5 – Modelo de Medida de 2ª ordem do Bem-estar Psicológico ($X^2/df=2.571$; $CFI=0.852$, $GFI=0.811$, $RMR=0.118$, $RMSEA=0.073$, $P[rmsea \leq 0.05] < 0.001$, $MECVI=3.488$)



3.4. APRESENTAÇÃO DO MODELO ESTRUTURAL

Apresenta-se o Modelo de Medida Final operacionalizado para a amostra de indivíduos com diabetes tipo 2 e que assenta nas seguintes variáveis religiosidade, bem-estar espiritual, saúde mental e bem-estar psicológico.

Ao longo da fundamentação teórica assumiu-se uma postura interaccionista da religiosidade e do BEE sobre o processo de bem-estar psicológico e da saúde mental. Neste sentido, construiu-se um modelo de análise da relação entre as diferentes variáveis religiosidade, BEE existem categorias, é de esperar que elas sejam influenciadas pelos determinantes que constituem as variáveis latentes definidas no modelo final mas também que esses determinantes exerçam uma influência sobre os outros construtos.

Por esta razão, o modelo final reveste-se de um forte carácter correlacional. As correlações e as relações causais são as seguintes:

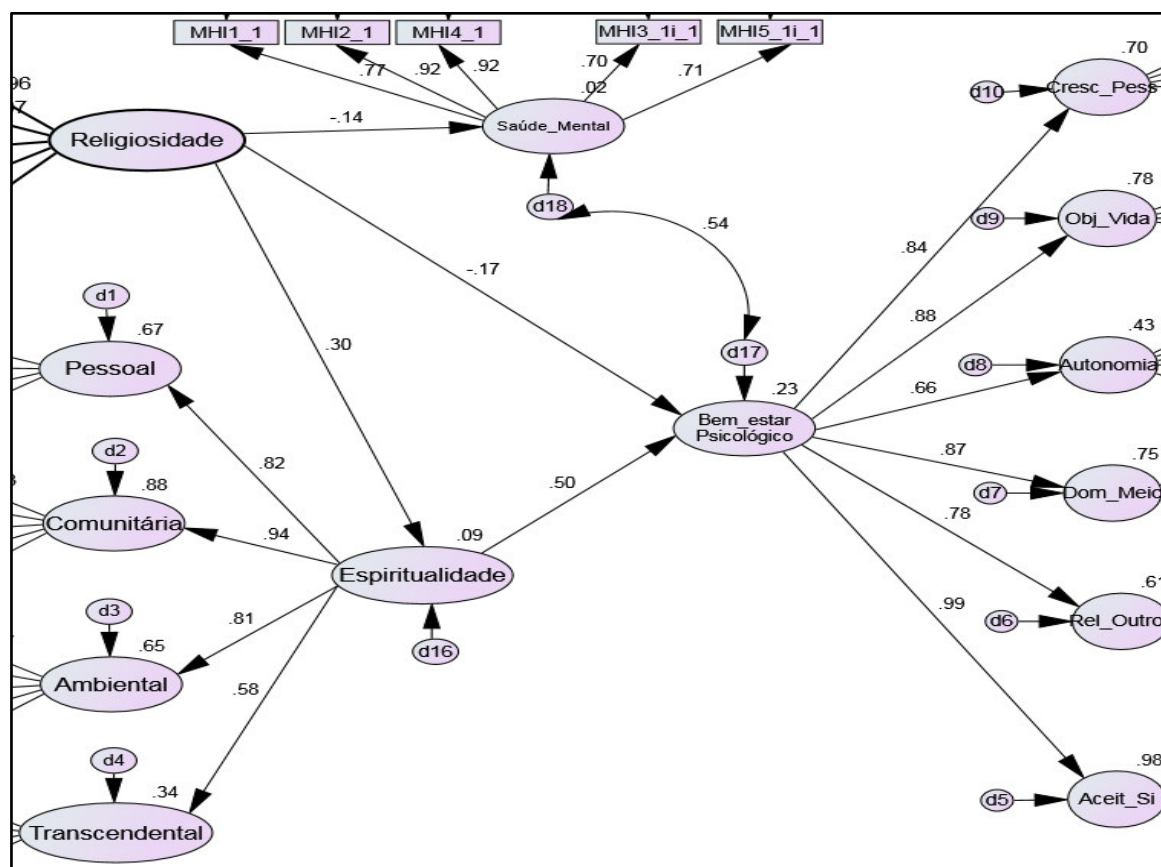
- Existe uma correlação entre religiosidade e o bem-estar psicológico, contudo o coeficiente de trajetória negativo sugere que quanto menos religiosidade tiverem maior é o bem-estar psicológico.

- Existe uma correlação entre a religiosidade e o bem-estar espiritual; o modelo corrobora a associação causal entre “bem-estar espiritual” e o “bem-estar psicológico” e o coeficiente de trajetória positivo sugere que maiores níveis de bem-estar espiritual, maior eficácia na aceitação de si próprio, maior autonomia, maior domínio do meio, maior desenvolvimento enquanto pessoas e relações com os outros mais eficazes e na definição de objetivos na vida (6 dimensões do bem-estar psicológico).
- Existe uma correlação entre a religiosidade e a saúde mental. O coeficiente de trajetória negativo (-14) conduz-nos à asserção de que quanto menor a religiosidade maior é a saúde mental.
- Existe uma correlação entre religiosidade e bem-estar psicológico. O coeficiente de trajetória negativo (-17) leva-nos à relação de que quanto maior a religiosidade menor é o bem-estar psicológico.

O modelo hierárquico de segunda ordem pode ser, então, assumido como o Modelo Final (MF) ou Modelo estrutural.

Construímos um modelo de regressão múltipla para explicar a variação na Saúde mental e no BEP pelas variáveis BEE e religiosidade.

Figura 6 – Modelo Estrutural Final ($\chi^2/df=2.130$; CFI=0.851, GFI= 0.726, RMR=0.180, RMSEA= 0.062, $P[rmsea \leq 0.05] < 0.001$, MECVI=11.760)



Na tabela 25 podem observar-se as trajetórias significativas associadas ao efeito da religiosidade e do **BEE** na **saúde mental** e **BEP** da pessoa com diabetes tipo 2. No círculo onde consta a palavra espiritualidade deve ler-se bem-estar espiritual (BEE).

A **religiosidade** afeta direta e negativamente o **BEP** ($\beta = -0.17$; $p < 0.001$) e a **saúde mental** ($\beta = -0.14$; $p < 0.001$) e **positivamente** o **BEE** ($\beta = 0.30$; $p < 0.001$). Para além disso, a **religiosidade** afeta positiva e indiretamente o **BEP** através do **BEE** ($\beta = 0.50$; $p < 0.001$). Estes resultados dão resposta à nossa primeira hipótese: De que forma a religiosidade, o BEE, o BEP e a saúde mental se relacionam entre si.

Tabela 21 – Modelo estrutural para a população em estudo

Trajetórias	β
Religiosidade → Saúde mental	-0.14
Religiosidade → Bem-estar psicológico	-0.17
Religiosidade → Bem-estar espiritual	0.30
Bem-estar espiritual → Bem-estar psicológico	0.50
Bem-estar psicológico ↔ Saúde mental	0.54

$\alpha = 0.05$

O **BEP** é um reflexo direto da saúde mental ($\beta = 0.54$; $p < 0.001$) e do **BEE** ($\beta = 0.50$; $p < 0.001$) e negativamente da **religiosidade** ($\beta = -0.17$; $p < 0.001$).

Enquanto a **saúde mental** é reflexo direto do **BEP** ($\beta = 0.54$; $p < 0.001$) e negativamente da **religiosidade** ($\beta = -0.17$; $p < 0.001$).

Estes resultados indicam-nos que melhor BEP está correlacionado com mais saúde mental, mais BEE e menor religiosidade. De forma mais específica, tendo em consideração as diferentes variáveis latentes, estes resultados indicam-nos que melhor bem-estar psicológico está relacionado com menor religiosidade, em termos de religiosidade intrínseca e menor saúde mental, em termos de sofrimento psicológico. Estes resultados sugerem-nos que quanto maior seja a **religiosidade intrínseca** (item 3 – na minha vida sinto a presença de Deus; item 4 – as minhas crenças religiosas suportam toda a minha maneira de viver; item 5 – eu esforço-me por viver a minha religião em todos os aspetos da minha vida) menor é o bem-estar psicológico (assim como quanto maior seja o sofrimento mental (itens 1, 2 e 4 que avaliam as dimensões nervoso, deprimido e tristeza com, respetivamente 77, 92 e 92 de variabilidade do constructo sofrimento mental) menor é o bem-estar psicológico nas dimensões aceitação de si.

No **bem-estar espiritual** na dimensão pessoal os erros correlacionados são os que correspondem aos itens 9 e 16, respetivamente que avaliam o **auto-conhecimento** e a **paz interior** são percecionados da mesma forma.

Na dimensão comunitária existem erros entre os itens 1 e 5, respetivamente **afecto pelas outras pessoas** e **um sentimento de identidade pessoal** são percecionados da

mesma forma e os itens 17 e 19 respetivamente **respeito pelos outros** e **bondade pelos outros** são interpretados como sendo sinónimos.

Para facilitar a apresentação e a discussão dos dados, optamos por sequenciar os resultados e as análises, segundo as hipóteses formuladas, seguindo a ordem predefinida na metodologia.

3.5. TESTE DE HIPÓTESES

Face às correlações estatisticamente significativas que obtivemos entre as dimensões dos diferentes instrumentos de medida bem como resultados obtidos em estudos consultados, quisemos saber o valor preditivo das variáveis independentes (género, grupo etário e co-habitação) nos fatores protetores da saúde mental, BEE, BEP e religiosidade.

Após a validação dos cinco instrumentos de medida quanto à validade convergente, discriminante e de constructo, onde percebemos existirem itens com diferentes pesos factoriais, recorreremos em seguida à verificação das nossas hipóteses tendo como ponto de partida o nosso referencial teórico. Assim, testamos as seguintes hipóteses.

Em relação à associação entre o género e o BEE, religiosidade, BEP e saúde mental verificámos que as mulheres apresentam maiores níveis de BEE, religiosidade, BEP.

No que diz respeito ao grupo etário, verificámos que no grupo ≤ 64 anos apresenta maior BEP e mais saúde mental. No que diz respeito à associação entre religiosidade e grupo etário não apresentou associação significativa. Assinalamos que o grupo que apresenta mais BEE, BEP, saúde mental e religiosidade são as pessoas que vivem sós.

H1 – Existe uma associação significativa entre o género e BEE nos indivíduos com diabetes tipo 2

Os indivíduos do género masculino apresentam o BEE com os seguintes valores ($M=3.34$; $DP=0.60$; $n=134$) enquanto os indivíduos do género feminino apresentam os seguintes valores ($M=3.41$; $SD=0.58$; $n=160$). Para avaliar se estas diferenças são estatisticamente significativas (4 fatores: pessoal, comunitária, ambiental e transcendental) procedeu-se à realização de um teste t-sudent uma vez que os pressupostos de aplicação são válidos. Os resultados do teste ($t(292)=-1.08$, $p<=0.001$) mostram que as diferenças observadas são estatisticamente significativas. Assim, será de referir que o género interfere no bem-estar espiritual. E dado que as mulheres apresentam uma maior média podemos afirmar que estas apresentam maior bem-estar espiritual do que os homens.

H2 – Existe uma associação significativa entre o grupo etário e BEE nos indivíduos com diabetes tipo 2

Os indivíduos do grupo etário ≤ 64 anos apresentam o BEE com os seguintes valores ($M= 3.34$; $DP= 0.61$; $n=140$) enquanto os indivíduos do grupo etário maior que 64 anos apresentam os seguintes valores ($M=3.40$; $SD=0.56$; $n=154$). Para avaliar se estas diferenças são estatisticamente significativas (4 fatores: pessoal, comunitária, ambiental e transcendental) procedeu-se à realização de um teste t-sudent uma vez que os pressupostos de aplicação são válidos. Os resultados do teste [$t(292)=-0.89$, $p\leq 0.001$] mostram que as diferenças observadas são estatisticamente significativas. Assim, será de referir que a idade influencia o bem-estar espiritual. Dado que a média do grupo etário acima dos 64 anos é maior, podemos afirmar que as pessoas do grupo etário superior ou igual a 64 anos apresentam mais BEE do que as pessoas no grupo etário inferior a 64 anos.

H3 – Existe uma associação significativa entre “viver só” ou “viver acompanhado” e o BEE

Os indivíduos que vivem só apresentam o BEE com os seguintes valores ($M=3.48$; $DP=0.66$; $n=51$) enquanto os indivíduos que vivem acompanhados apresentam o BEE com os seguintes valores ($M=3.35$; $DP=0.57$; $n=243$). Utilizamos o t-student uma vez que os pressupostos de aplicação se mostraram válidos. Os resultados do teste [$t(292)=1.46$, $p<0.001$] mostram que as diferenças observadas são estatisticamente significativas. Assim, o “viver só” ou “viver acompanhado” influencia o BEE. Uma vez que a média do grupo “vive só” é maior do que a média do grupo que “vive acompanhado” podemos afirmar que viver só contribui para o desenvolvimento do BEE.

H4 – Existe uma associação significativa entre o género e a religiosidade nos indivíduos com diabetes tipo 2

Os indivíduos do género masculino apresentam a religiosidade com os seguintes valores ($M= 2.07$; $DP= 0.79$; $n=160$) enquanto os indivíduos do género feminino apresentam os seguintes valores ($M=2.56$; $SD=0.56$; $n=134$). Para avaliar se estas diferenças são estatisticamente significativas (atividade religiosa organizacional, atividade religiosa não organizacional e religiosidade intrínseca) procedeu-se à realização de um teste t-sudent uma vez que os pressupostos de aplicação são válidos. Os resultados do teste ($t(292)=-5.91$, $p\leq 0.001$) mostram que as diferenças observadas são estatisticamente significativas. Assim, será de referir que o género influencia a religiosidade. Dado que a média das mulheres é maior

do que a dos homens podemos afirmar que as mulheres expressam maior religiosidade do que os homens.

H5 – Existe uma associação significativa entre o grupo etário e a religiosidade dos indivíduos com diabetes tipo 2

Os indivíduos com idade menor ou igual a 64 anos apresentam os seguintes valores (M= 2.25; DP= 0.73; n=140) enquanto os indivíduos com idade superior a 64 anos apresentam os seguintes valores (M=2.34; DP=0.74; n=154). Para avaliar se estas diferenças são estatisticamente significativas procedeu-se à realização de um teste t-sudent uma vez que os pressupostos de aplicação demonstraram-se válidos.

Os resultados do teste ($t(292) = -1.08$, $p < 0.001$) mostram que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. Assim, será de referir que a idade não interfere na expressão da religiosidade.

H6 – Existe uma associação significativa entre o viver só ou viver acompanhado e a religiosidade nos indivíduos diabetes tipo 2

Os indivíduos que vivem só apresentam a religiosidade com os seguintes valores (M= 2.46; DP= 0.57; n=51) enquanto os indivíduos que vivem acompanhados apresentam os seguintes valores (M=2.26; SD=0.76; n=243). Para avaliar se estas diferenças são estatisticamente significativas procedeu-se à realização de um teste t-student uma vez que os pressupostos de aplicação são válidos.

Os resultados do teste [$t(292) = 1.74$, $p < 0.001$] mostram que as diferenças observadas são estatisticamente significativas. Uma vez que a média do grupo de pessoas que vive só é maior, concluímos que estes apresentam maior religiosidade do que os que vivem acompanhados.

H7 – Existe uma associação significativas entre o género e a saúde mental nos indivíduos com diabetes tipo2

Os indivíduos do sexo masculino apresentam os seguintes valores (M=2.89;DP=0.96;N=160) enquanto os indivíduos do género feminino apresentam os seguintes valores (M=2.34;DP=1.08;N=134). Para avaliar se estas diferenças são estatisticamente significativas procedeu-se à realização do teste de Mann-Whitney. Os resultados do teste [$U = 5605$; $W = 1848$; $p \leq 0.001$] mostram que as diferenças observadas são estaticamente significativas. Uma vez que a média dos homens é maior do que a das mulheres podemos afirmar que os homens apresentam mais saúde mental do que as mulheres.

H8 – Existe uma associação significativa entre o grupo etário e a saúde mental dos indivíduos com diabetes tipo 2

Os indivíduos com idade \leq a 64 anos apresentam os seguintes valores ($M=2.70$; $DP=1.09$; $N=140$) enquanto os indivíduos com idade superior a 64 anos apresentam os valores ($M=2.59$; $DP=1.02$; $N=154$). Os resultados do teste t-student são [$t(292)=0.86$, $p \leq 0.001$] mostram que as diferenças são estatisticamente significativas. Uma vez que a média do grupo de indivíduos com idade ≤ 64 anos apresenta uma média superior será de referir que apresentam mais saúde mental.

H9 – Existe uma associação significativa entre o “viver só” ou “viver acompanhado” e a saúde mental e nos indivíduos com diabetes tipo 2

Os indivíduos que vivem sós apresentam a saúde mental com os seguintes valores ($M=2.77$; $DP=1.02$; $N=51$) enquanto os indivíduos que vivem acompanhados apresentam os seguintes valores ($M=2.61$; $DP=1.06$; $n=243$). Para avaliar se estas diferenças são estatisticamente significativas procedeu-se à realização de um teste t-student uma vez que os pressupostos de aplicação apresentaram-se válidos. Os resultados do teste [$t(292)=0.98$, $p \leq 0.001$] mostram que as diferenças observadas são estatisticamente significativas. Assim, será de referir que as pessoas que vivem sós apresentam mais saúde mental do que as pessoas que vivem acompanhadas, dado que apresentam uma maior média.

H10 – Existe uma associação significativa entre o género e o BEP nos indivíduos com diabetes tipo 2

Os indivíduos do género masculino apresentam o BEP com os seguintes valores ($M=2.53$; $DP=0.47$; $n=160$) enquanto os indivíduos do género feminino apresentam os seguintes valores ($M=2.36$; $DP=0.44$; $n=134$). Para avaliar se estas diferenças são estatisticamente significativas procedeu-se à realização de um teste t-student uma vez que os pressupostos de aplicação apresentavam-se válidos. Os resultados do teste [$t(292)=3.22$, $p \leq 0.001$] mostram que as diferenças observadas são estatisticamente significativas. Assim, será de referir que os homens apresentam mais BEP que as mulheres, uma vez que a média é superior.

H11 – Existe uma associação significativa entre o grupo etário e o BEP dos indivíduos com diabetes tipo 2

Os indivíduos com idade \leq a 64 anos apresentam o BEP com os seguintes valores ($M=2.48$; $DP=0.44$; $N=140$) enquanto os indivíduos com idade superior a 64 anos apresentam os

seguintes valores (M=2.43; DP=0.48; N=154). Para avaliar se estas diferenças são estatisticamente significativas procedeu-se à realização de um teste t-sudent uma vez que os pressupostos de aplicação mostraram-se válidos. Os resultados do teste [t(292)=0.86, p<=0.001] mostram que as diferenças observadas são estatisticamente significativas. Assim, será de referir que as pessoas com ≤ 64 anos apresentam mais BEP do que as do grupo com mais de 64 anos, uma vez que a média é superior.

H12 – Existe uma associação significativa entre “viver só” ou “viver acompanhado” e o BEP dos indivíduos com diabetes tipo 2

Os indivíduos que vivem sós apresentam o BEP com os seguintes valores (M= 2.52; DP= 0.48; n=51) enquanto os indivíduos que “vivem acompanhados” apresentam os seguintes valores (M=2.44; DP=0.46; n=243). Para avaliar se estas diferenças são estatisticamente significativas procedeu-se à realização de um teste t-sudent uma vez que os pressupostos de aplicação são válidos. Os resultados do teste [t(292)=1.14, p<=0.001] mostram que as diferenças observadas são estatisticamente significativas. Assim, será de referir que as pessoas que vivem sós apresentam mais BEP do que as que vivem acompanhadas.

3.6. SÍNTESE DO CAPÍTULO

Neste capítulo apresentámos a metodologia e os resultados relativos ao trabalho de campo. Uma amostra de conveniência de 294 sujeitos que aceitaram participar neste estudo. A aplicação dos instrumentos foi realizada num único momento. Os resultados comprovaram as hipóteses formuladas, revelando que as **mulheres** apresentam **mais BEE** (t(292)=-1.08, p<=0.001), **religiosidade** (t(292)=-5.91, p<=0.001) e **BEP** [U=5605;W=1848;p≤0.001] do que os homens. Enquanto os homens apresentam mais saúde mental [U=5605;W=1848;p≤0.001] do que as mulheres. Quanto ao número de elementos que co-habitam, verificámos que as pessoas que “**vivem sós**” são aquelas que apresentam **mais BEP, BEE, saúde mental e religiosidade**. No que diz respeito ao grupo etário concluímos que as **pessoas com ≤ 64 anos** apresentam mais BEE, mais saúde mental. Enquanto o grupo de pessoas com **mais de 64 anos apresenta mais BEP**. No que diz respeito à religiosidade e o grupo etário concluímos, para esta amostra, não haver relação entre a idade e a religiosidade.

Os resultados indicaram que os **instrumentos obtidos são fiáveis e válidos** para a população em estudo e com resultados equivalentes aos estudos originais relativamente aos conceitos que avaliam. As propriedades psicométricas testadas permitiram garantir a possibilidade da utilização das escalas para avaliar o **bem-estar espiritual** através da

qualidade das relações que o indivíduo estabelece em quatro domínios da existência humana: consigo próprio, com os outros, com o ambiente e com o transcendente de uma forma dinâmica; para avaliar a espiritualidade e a religiosidade através da fé pessoal, paz espiritual e uma componente de prática religiosa (utilizámos este instrumento de medida para validação do constructo e não na construção do modelo estrutural final, uma vez que decidimos estudar a religiosidade e a espiritualidade de forma distinta); para avaliar **três das principais dimensões do envolvimento religioso** tais como, atividade religiosa organizacional; atividade religiosa não organizacional e atividade religiosa intrínseca; para avaliar **a saúde mental** na população em geral e não somente nas populações com doença mental; para avaliar **o bem-estar psicológico** através de seis domínios: auto-aceitação, relacionamento positivo com as outras pessoas, autonomia, domínio do ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal.

A utilização destas novas versões dos instrumentos selecionados permitiu-nos caracterizar o BEE, a religiosidade, a saúde mental e o BEP das pessoas com diabetes tipo2 e a natureza das relações entre as variáveis.

Através do modelo de equações estruturais concluímos que **o BEP** é um reflexo direto **da saúde mental** ($\beta = 0.54; p < 0.001$) e do **BEE** ($\beta = 0.50; p < 0.001$); existe uma relação inversa entre **religiosidade e BEP** ($\beta = -0.17; p < 0.001$). Enquanto a **saúde mental** é reflexo direto do **BEP** ($\beta = 0.54; p < 0.001$) e negativamente da **religiosidade** ($\beta = -0.17; p < 0.001$). A **religiosidade** afeta direta e negativamente **o BEP** ($\beta = -0.17; p < 0.001$) e **a saúde mental** ($\beta = -0.14; p < 0.001$) e **positivamente o BEE** ($\beta = 0.30; p < 0.001$). Para além disso, a **religiosidade** afeta positiva e indiretamente **o BEP** através **do BEE** ($\beta = 0.50; p < 0.001$).

“A investigação, tal como na diplomacia, é a arte do possível”

W. Q. Patton

CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Iremos tecer alguns comentários aos principais resultados, enquadrando-os com a literatura. As propriedades psicométricas permitiram assegurar a validade dos resultados, no que diz respeito à validade convergente, discriminante e de constructo. Os estudos correlacionais, que é o caso desta investigação, permitem investigar as relações entre as variáveis e o estabelecimento de previsões, mas não fornecem provas de causalidade.

Iniciámos com a descrição das características da nossa amostra. Dos cinco instrumentos utilizados, tomamos a opção de retirar a escala de O’Brien, uma vez que apresentou muitos *missigns values*, acima dos 30% de taxa de não resposta. Assim, elaborámos a AFC para esta escala mas utilizámos esses valores como objetivo marginal a esta investigação, contribuindo para a sua validação mas não pertencendo ao *core* deste trabalho.

Os 4 instrumentos de medida utilizados com o intuito de aumentar a nossa compreensão sobre as relações entre estas diferentes variáveis e acreditamos ser inédito o cruzamento destas variáveis em simultâneo, nas características desta amostra e a nível nacional. Após validação dos instrumentos de avaliação, tomou-se a opção de utilizar a técnica multivariada - Modelo de Equações Estruturais- que segundo (Hair, et al., 2005) é *“uma técnica de análise multivariada que combina aspetos da regressão múltipla (examinando relações de dependência) e da análise fatorial (representando fatores não diretamente medidos – as variáveis latentes ou constructos), para estimar uma série de relações de dependência simultaneamente”* pois permite estudar a relação entre conceitos não observáveis, ou constructos. Nesta amostra, parece que a religiosidade influencia a espiritualidade (BEE), o BEP e a saúde mental, com algum grau de evidência. Por sua vez o BEE influencia o BEP e este influencia e é influenciado pela saúde mental.

Pretendemos sistematizar a nossa discussão tendo em consideração os objetivos definidos para o estudo.

Realizámos um estudo correlacional e transversal com uma amostra de 294 participantes. No que concerne às características sociodemográficas da amostra temos a referir que a moda é de 67 anos, o que vem ao encontro do 1º Relatório Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Caldas de Almeida, Xavier, et al., 2013) que apresenta, a nível da região de Lisboa 26,5% acima dos 60 anos; o intervalo de idades varia entre os 40 anos e os 91 anos; relativamente ao género, contrariando os resultados do (Censos, 2011), que apresenta uma maior percentagem de mulheres no grupo etário 25-64 e no grupo mais de 65

anos com uma percentagem de 39,5% e para os homens de 32,6%; a nossa amostra apresenta 54,4% de elementos do género masculino e 45,6% do género feminino, verificamos que não existe uma preponderância do género feminino à medida que a idade avança. Também constatamos que que 80% dos inquiridos apresentou o nível de escolaridade inferior ou igual a 12 anos (Censos, 2011) tal como na nossa amostra. Dos resultados definitivos do Censos 2011, na população residente há cerca de 12% que possuem curso superior, também na nossa amostra apresenta 9,5% com curso superior. No que diz respeito ao exercício de uma religião, concluímos que 81,3% dos sujeitos da nossa amostra referem ser católicos e 18,4% referem não ter religião. Estes resultados vão ao encontro do Censos 2011, em que 81% da população portuguesa afirma ser católica.

Apresenta-se duas tendências crescentes: a dos que não têm religião e a dos que seguem religiões não católicas (Censos, 2011). Na nossa amostra este fato não se observou. Sentimos necessidade de apontar que 14,9% das respostas dos nossos participantes foram no sentido de referirem serem “católicos não praticantes”, tal como também é referido no estudo de (Teixeira, 2012) que refere “católico praticante” com 56,1% e “católico não praticante” com 43,9%. Estes valores podem indicar uma forte presença dos indícios de uma socialização católica na sociedade portuguesa, do Batismo ao Crisma. Ou seja, há o reconhecimento de uma forte presença dos dispositivos de socialização primária.

Para uma leitura mais específica ao nível da enfermagem, mobilizamos o modelo preconizado por Neuman (2011) para a interpretação dos nossos resultados. Este caracteriza-se por um enfoque holístico, apresentando a enfermagem como um sistema, onde existem diferentes elementos em interação. Nessa interação entre indivíduo e ambiente, existe uma reciprocidade de trocas e ajustes. As influências ambientais são denominadas intra, inter e extrapessoais. As variáveis individuais (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentistas e espirituais) agem em harmonia e com estabilidade em relação aos *stressores* externos e internos, e estas variáveis são entendidas pela enfermagem. As linhas de resistência agem como protetoras da estrutura básica, sendo ativadas quando a linha de defesa normal é invadida pelos *stressores* ambientais.

No que refere aos diferentes instrumentos de medida utilizados, concluímos:

- *O Questionário de Bem-estar Espiritual (SWBQ)* apresenta globalmente uma estrutura fatorial tendencialmente congruente com a original e bons níveis de consistência interna. Os resultados são promissores e permitem prosseguir com a utilização deste instrumento em investigações futuras permitindo uma avaliação mais abrangente deste conceito em língua portuguesa;
- *DUREL- Duke Religion Index* apresenta globalmente uma estrutura fatorial semelhante à original e com um bom nível de consistência interna. A estrutura fatorial é concordante com a original e apresenta bons valores de consistência interna;

- *MHI 5- Mental Health Inventory 5*: Todos os fatores são estatisticamente significativos na explicação da saúde mental. O maior peso de explicação da variabilidade do constructo da saúde mental surge nos itens que avaliam o sofrimento mental (deprimido, triste e nervoso); também apresenta uma estrutura fatorial semelhante à original com bons níveis de consistência interna;
- *Escala de avaliação de bem-estar psicológico RPWB Scale*: O modelo de medida do bem-estar psicológico contempla 42 itens que segundo os autores definem 6 fatores ou dimensões; A formulação de bem-estar foi assim suportado como um domínio multifacetado que engloba autoestima positiva, o domínio da envolvente meio ambiente, relações de qualidade com os outros, continuou crescimento e desenvolvimento, de estar propositada, e a capacidade para autodeterminação. Todos os fatores são estatisticamente significativos na explicação do bem-estar psicológico. O fator Aceitação de si é o que apresenta um maior peso (0.95) na explicação da variabilidade observada no bem-estar psicológico, o fator Objetivos de vida apresenta o segundo maior peso na explicação da variabilidade observada. Os índices de ajustamento obtidos para este modelo são inferiores aos valores considerados como um bom ajustamento. Assim, numa análise sequencial retiraram-se da análise 14 itens por apresentarem pesos fatoriais muito inferiores a 0.5 e/ ou estarem correlacionados com outros fatores. Dos 14 itens que foram retirados da análise final verificamos que 7 necessitam de ser invertidos, ou seja, parece haver alguma dificuldade na perceção da questão e a resposta é realizada de forma invertida ao pensado pelos respondentes. Neste novo modelo todos os itens apresentam pesos fatoriais elevados, na sua grande maioria superiores a 0.7 e todos são estatisticamente significativos. Todos os fatores apresentam elevada consistência interna e fiabilidade individual Apenas os constructos “**Domínio do meio**”, “**Objetivos de vida**” e “**Autonomia**” apresentam validade convergente. No que se refere á validade divergente, pelo que se conclui que o modelo de medida do bem-estar psicológico apesar de fiável não apresenta validade discriminante e conseqüentemente **não apresenta validade de constructo**. As correlações entre os constructos latentes resultantes destas análises são, portanto, questionáveis, tal como defendem (Springera, Hauser, & Freese, 2006).

Na sequência da discussão dos resultados sugerimos a associação entre as diferentes variáveis dependentes e posteriormente apresentamos a influência das variáveis sociodemográficas com os diferentes constructos. Assim, o BEE serve como variável mediadora entre a religiosidade e o BEP; O BEP correlaciona-se com a saúde mental de forma positiva. Surpreendentemente, a religiosidade afeta direta e negativamente o BEP e a saúde mental; A saúde mental é reflexo direto positivo do BEP e negativo da religiosidade. Quanto à

influência das variáveis sociodemográficas nos diferentes constructos identificámos que as mulheres apresentam mais BEE ($t(292)=-1.08$, $p<=0.001$), religiosidade ($t(292)=-5.91$, $p<=0.001$) e BEP [$U=5605;W=1848;p\leq 0.001$] do que os homens; Os homens apresentam mais saúde mental [$U=5605;W=1848;p\leq 0.001$] do que as mulheres; As pessoas que “vivem sós” são aquelas que apresentam mais BEP, BEE, saúde mental e religiosidade; As pessoas com ≤ 64 anos apresentam mais BEE e mais saúde mental; As pessoas com mais de 64 anos apresentam mais BEP; Não existe relação entre a idade e a religiosidade.

O BEE atua como variável mediadora entre a religiosidade e o BEP

O BEE é um constructo que resulta de diferentes dimensões da saúde (física, mental, emocional, social e profissional). Ao definir-se como um estado dinâmico da Pessoa reflete o estado de harmonia relativamente aos quatro domínios do BEE: pessoal, comunitário, ambiental e transcendental (Fisher, 2010). É a expressão da harmonia interna que reflete o autodesenvolvimento do próprio em alcançar os propósitos e valores na vida pessoal. Um maior BEE não implica, necessariamente, um maior nível individual de BEE mas sim um maior nível de desenvolvimento desta componente (Gomez & Fisher, 2013). De acordo com o modelo de Fisher (1999) é expectável que na maioria das dimensões se possam estabelecer relações positivas com vários indicadores de bem-estar e qualidade vida (e.g., Gomez & Fisher, 2003; Gouveia, et al.,2008). Frequentemente as pessoas que não se considerem espiritualmente autossuficientes, e.g., precisam de ajuda para guiá-los em sua busca de sentido, propósito e valores na vida. Deste modo, com uma perspetiva comum, a sua constante busca por relacionamentos em profundidade com os outros vai-se desenvolvendo, através da apropriação de aspetos da moral, da religião e da cultura. Este percurso construído num ambiente de crise, enfrentando adversidades contribui para evidenciar a influência da qualidade dos relacionamentos e desenvolvimento dos domínios pessoal, comunitário e ambiental, tornando-se incipiente o domínio transcendental do BEE. Assim, o BEE mobiliza a relação com os outros, meio, comunidade e transcendente contribuindo para integrar a religiosidade, desempenhando um papel de mediação, e desta forma relacionar-se positivamente com o BEP. Os nossos resultados sugerem, ainda que o BEE e a religiosidade intrínseca são conceitos que se sobrepõem, mas são distintos. Uma possível explicação baseia-se no fato da religiosidade intrínseca poder estar correlacionada com certas dimensões do BEE (Koenig, 2009) (Moreira-Almeida, 3006).

O BEP é influenciado por características pessoais como a resiliência e otimismo do indivíduo. Identificamos, assim, variáveis como a personalidade dos indivíduos que podem influenciar a vivência da religiosidade e do BEE. Aspetos a serem explorados em investigações futuras (Souri, Hasanirad, 2011). Outros fatores a considerar na vivência da religiosidade são: aqueles em que, na sua vida a religião se salienta, certamente não-de integrá-la como estratégia de *coping*. Os mais intrinsecamente orientados não-de integrá-la

numa amplitude maior e mais significativa do que os de orientação mais extrínseca. A informação e a educação religiosa bem como a experiência com o *coping* religioso são, igualmente, variáveis importantes (Paiva, 1998). Por outro lado, se a pessoa mantém laços estreitos com o grupo religioso ou se o grupo insiste no recurso religioso para lidar com os eventos da vida, há maior probabilidade de utilizar o *coping* religioso. Se a pessoa está imersa em sistemas não religiosos e os percebe como efetivos, o *coping* religioso torna-se menos provável.

Os nossos resultados revelaram que os participantes assentavam maioritariamente a sua definição de BEE na *qualidade e profundidade das relações dos indivíduos com os outros* do que consigo próprios. A *qualidade das relações com os outros* e principalmente a ligação com a natureza eram também importantes na sua definição do constructo. A dimensão transcendental do bem-estar espiritual foi a menos referida. As pessoas que são intrinsecamente religiosas vêm a religião como uma finalidade em si mesmo; são profundamente envolvidas sendo a religião um princípio norteador das suas vidas, enquanto as pessoas extrinsecamente religiosas, que desenvolvem os aspetos mais formais da religião, são aquelas em que a religião é uma prática que permanece externa à vida das pessoas (Koenig, McCullough & Larson, 2001).

Quanto á dimensão de BEE, constatamos que 91% da variabilidade do construto é explicada pela **dimensão comunitária** , especificamente pelos itens amor pelos outros, bondade para os outros, confiar, respeitar e generosidade pelos outros . Este fato poderá ser interpretado pelo fato de sermos um país essencialmente católico onde estão enraizados os valores de solidariedade. Também Seligman (2000) refere que a saúde mental positiva depende da obtenção do compromisso das relações positivas com os outros. Oito emoções positivas (amor, esperança, alegria, perdão, compaixão, fé, respeito e gratidão) compreendem às emoções importantes "morais" positivos e incluídos no modelo de Vaillant sobre saúde mental positiva (Vaillant, 2013). Este autor defende que são de grande importância, os oito emoções positivas que envolvem conexão humana, nenhuma é tudo sobre "eu"; todas são orientadas para o outro; e todas elas parecem ser um denominador comum das grandes religiões do mundo (Armstrong, 2006). A **dimensão pessoal** que avalia os aspetos relacionados com autoconsciência, alegria na vida, paz interior e sentido para a vida surgem apenas com a explicação da variabilidade em 64%; quanto à dimensão que surge com menor variabilidade para a explicação do constructo do BEE é **a transcendental** com apenas 31% da variabilidade, através dos itens em que se destaca o item – união com deus – seguido com – relação com deus e por ultimo paz com deus e terminando com – a vida de meditação/oração. Constatamos que as asserções que contemplam a referência a Deus são as que surgem com mais peso. No que diz respeito aos problemas relacionados com o envelhecimento, como a perda, a mudança, a doença física e mortalidade, a noção de que uma perspectiva religiosa emerge como uma necessidade imperiosa (Dalby, 2006). A religiosidade pode ser utilizada

como uma importante substituta de recursos e tem sido mostrado como um fator social e psicológico importante na vida das populações geriátricas e tem sido mostrado para ter um efeito sobre o estado de saúde de pessoas idosas (Chaaya, Sibai, Fayad, & El-Roueiheb, 2007; Züllig, Ward, & Horn, 2006). As pessoas que possuem algum comprometimento físico sofrem a influência dos aspetos emocionais, pois a doença gera fragilidade. Os aspetos psicológicos podem exercer efeito potencializador sobre as doenças crónicas como a diabetes, estando associados ao aumento do risco de sintomas de ansiedade e depressão (Gameiro, et al., 2000). Após o diagnóstico e na evolução de uma doença considerada grave, de evolução crónica e degenerativa, geralmente os utentes passam por algumas fases até a aceitação da doença. São elas: negação, raiva/revolta, negociação, depressão e aceitação. Importante salientar que essas fases são dinâmicas, ou seja, podem se alternar e nada impede que um indivíduo que esteja em fase de aceitação do diagnóstico em um determinado momento regreda a fases anteriores. O uso da **negação** (1ª fase) demonstra dificuldade de encarar a realidade e pode surgir diante de um diagnóstico inesperado e chocante – uma doença crónica. Dessa forma, o paciente pode negar a doença ou uma parte do tratamento recomendado. Quando não se pode mais fazer uso da negação emergem, sentimentos de **raiva e revolta** (2ª fase), podendo se propagar em direção à família, à equipe de saúde e aos amigos. A 3ª fase é representada pela **negociação** e a característica mais notável é a capacidade do paciente tenta fazer com os profissionais ou com a família e amigos procurando auferir algum tipo de vantagem da sua doença. Na **depressão** (4ª fase) o sentimento dominante é de perda, acompanhada de imensa tristeza. Quando o paciente começa a visualizar que, além de perdas, obteve ganhos com o processo de adoecimento, inicia-se a 5ª fase – **aceitação**, que é o resultado de transformação gradativa no comportamento, gerando maior consciencialização e adaptação à doença, contribuindo para uma maior responsabilização pelo seu estado geral de saúde. O paciente, nessa fase, encontra certa paz interior, que favorece à aceitação e adaptação a sua condição. Verificamos, de futuro, a necessidade de identificar a fase em que a pessoa se encontra no percurso da sua doença, pois interfere na vivência dos fenómenos em estudo.

Os 20 itens propostos pelos autores da escala que a compõem estão repartidos por 4 dimensões. Na nossa investigação, **foram apenas considerados 18** devido à elevada taxa de não resposta observada para o item ***Um sentimento de identidade pessoal e Admiração e respeito pela Criação – itens 5 e 6*** – razão pela qual foram retirados da análise.

Globalmente estes resultados permitem confirmar o modelo sugerido por Gomez e Fisher (2003). Os estudos de validação da versão original do SWBQ foram realizados principalmente em amostras de estudantes universitários. Na nossa amostra, esta variável, é mais diversificada e a qualidade dos resultados obtidos sugerem a adequação da escala também para outros grupos etários e com presença de patologia. No entanto, as limitações da amostragem por conveniência que utilizámos impedem qualquer veleidade de

extrapolação. Em posteriores esforços de validação desta versão da escala será vantajosa a replicação do estudo com uma amostra mais ampla da população que permita maior confiança na solidez da estrutura fatorial proposta pelos autores.

Queremos ainda fazer referência ao fato de diferenças culturais e de escolarização podem ter impacto na avaliação deste construto (e.g., Moberg, 2002, 2008).

O BEP correlaciona-se com a saúde mental de forma positiva

O BEP é um conceito que traduz o resultado de um desenvolvimento e funcionamento positivo que abrange a percepção pessoal e interpessoal, a apreciação do passado, o envolvimento no presente e a mobilização no futuro, assumindo um carácter representativo do funcionamento psicológico a nível individual. O sentido da felicidade não é um fim em si mesmo mas sim um produto de desenvolvimento e realização da pessoa humana (Ryff, 1989 b).

Como temos vindo a expor a nossa amostra (moda=67 anos) é uma população idosa. Tal fato vem ao encontro do que sabemos do envelhecimento da população das sociedades ocidentais, o que implica, como consequência, um aumento do número de pessoas idosas e vulneráveis (Dozeman, et al., 2010). Uma das questões que tem surgido na investigação na área do envelhecimento é o facto de certas características de personalidade poderem desempenhar um papel fulcral no decorrer do processo de envelhecimento, influenciando o funcionamento cognitivo e exercendo um papel determinante para com o enfrentar de acontecimentos de vida difíceis (Fernández-Ballesteros, 2005). Além de ser um processo fisiológico inevitável, o envelhecimento é uma das maiores causas de redução da qualidade de vida, devido às suas dimensões biológica, social e psicológica (Akyol, Durmus, Dogan, Bek, & Cantürk, 2010). Em todas as idades os sintomas depressivos são comuns e têm, então, um impacto no bem-estar e nos índices de funcionalidade, no entanto, provavelmente, este impacto é mais acentuado nas pessoas mais velhas (Gallo & Rabins, cit. por Dozeman et al., 2010). Há estudos que revelaram uma maior probabilidade de pessoas mais velhas com sintomas depressivos manifestarem uma visão negativa da sua saúde (Mulsant, Ganguli, & Seaberg; Ormel et al., cit. por Y. Lee et al., 2001). As pessoas mais velhas que são vulneráveis podem ser consideradas como as que apresentam défices ao nível da funcionalidade; que sofrem os efeitos cumulativos de doenças e preocupações psicossociais e que lidam com o aumento do risco de dependência, institucionalização e mortalidade (Lally & Crome, cit. por Dozeman et al., 2010).

Para a faixa etária em questão Ryff (1989 b) propõe as dimensões do BEP que apresentam maior importância. Destacam-se, então as dimensões de *Aceitação de Si e Relações Positivas com os Outros*. Dos resultados obtidos observamos que 95% da variabilidade do constructo do BEP é explicado através da *aceitação de si*: aspeto central da saúde mental trata-se de uma característica que revela elevado nível de autoconhecimento,

ótimo funcionamento e maturidade. Atitudes positivas sobre si mesmo emergem como uma das principais características do funcionamento psicológico positivo; 78% da variabilidade do constructo do BEP emerge *no propósito de vida*, definido como a manutenção de objetivos, intenções e de sentido de direção perante a vida, mantendo o sentimento de que a vida tem um significado e apenas 60% da variabilidade do constructo é explicado pelas *Relações Positivas com os Outros*. A falta de habilidades sociais constitui um fator explicativo fundamental de saúde mental. Leva-nos a concluir que a qualidade de vida destes indivíduos será necessariamente afetada. Alguns autores referem, ainda, que as pessoas que possuem poucos contactos sociais: não desenvolvem as suas habilidades sociais; são tímidas e pouco autoafirmativas; sofrem de ansiedade social; têm uma baixa auto-estima; apresentam atitudes negativas e desconfiadas face às relações sociais (Jones, 1985; Argyle et al., 1989; Garrido Luque et al., 1995).

Não obstante os fundamentos e os propósitos explicativos dos constructos considerarem a normalidade do funcionamento psicológico como condição de bem-estar, a auto-avaliação não se revela consentânea com tal propósito. As escalas de auto-avaliação mostram-se insuficientes para distinguir entre BE genuíno e BE ilusório. Tal como no estudo de Shedler, Mayman e Mannis (1993), muitas pessoas incorporam, nas suas auto-avaliações, auto-imagens enviesadas num sentido positivo o que obscurece a sensibilidade dos instrumentos aos problemas que pretendem sinalizar. Por outro lado, sabemos que a normalidade de funcionamento não é avaliável apenas no plano da vivência subjectiva. Será a qualidade dos processos, e não só a natureza dos conteúdos das vivências, que permitirá identificar normalidade ou saúde mental. As experiências subjectivas podem constituir objeto de estudo psicológico, mas não podem constituir-se como critérios de saúde mental. Neste sentido, o recurso a outras estratégias e/ou metodologias que não apenas a auto-avaliação parece indispensável.

A religiosidade afeta direta e negativamente o BEP e a saúde mental

Iniciamos a nossa análise por referir a relação existente entre religiosidade e felicidade (BE) altera de acordo com as medidas utilizadas e as amostras estudadas (Robbins & Francis, 1996). Também, os autores (George, Larson, Koenig & McCullough, 2000) defendem que somente 35% a 50% da relação entre religiosidade e várias medidas de saúde e bem-estar pode ser explicada em função das variáveis explicativas, tais como apoio social, comportamentos de saúde e estratégias de *coping*. Assim, claramente, ainda existe muito espaço para explicar cientificamente de que forma a religião afeta a saúde, o bem-estar e o comportamento social (McCullough & Willoughby, 2009).

Tendo por base estes pressupostos iremos tecer algumas considerações aos nossos resultados. O papel da religião na interpretação dos acontecimentos de vida tem sido uma preocupação crescente por parte dos profissionais de saúde. Muitos estudos têm sido

realizados para analisar este tema e os resultados têm sido variados. Alguns identificam a religião como estratégia de *coping*, (Koenig, 2001); outros referem que contribui para uma maior longevidade, diminuição das taxas de suicídio, menor consumo de álcool e drogas e mais bem-estar (Gartner, 1991); outros, ainda encontram correlações negativas com estratégias de *coping* religioso negativas (por exemplo, avaliar as dificuldades como influências demoníacas ou castigo de Deus) (Ano, 2005) e outros não encontraram relações significativas (Lewis, Lanigan, Joseph & de Fockert, 1997). Também, a meta-análise de (Hacney & Sanders, 2003) conclui que os resultados são ambíguos devido à natureza multifacetada da religiosidade, e que a tentativa de considerar a religiosidade como variável positiva, negativa ou neutra na vida é baseado numa concepção equivocada de religião. De modo a obviar esta situação propõe-se avaliar a forma como a pessoa é religiosa, ao invés do quão é religioso. Verificamos que o nosso instrumento de medida da religiosidade faz a mensuração do envolvimento religioso e não a forma da religiosidade (fé e não a prática da religiosidade) o que pode ter contribuído para os nossos resultados.

A associação entre a religiosidade e o BEP e pode ser analisada de duas formas: a religiosidade atuar como variável protetora de situações de sofrimento psicológico ou, servir como meio de promover o BEP nas dimensões de felicidade, satisfação com a vida, desenvolvimento de afetos positivos (amor, perdão, solidariedade) (Levin, 2011). Assim, sugere-se uma associação entre envolvimento religioso e melhores resultados em saúde mental, incluindo uma maior autoestima, uma menor incidência de depressão e ansiedade, uma menor probabilidade de abuso de álcool e drogas, e maior satisfação com a vida e felicidade em geral (Koenig, 2001) (Myeres, 2000). Contudo os nossos resultados não corroboram esta evidência científica. De modo a explicitar algumas hipóteses para os nossos resultados, recorreremos ao estudo de Teixeira (2012). Este, no seu estudo *Identidades Religiosas em Portugal*, refere que o grupo mais numeroso é constituído pelos praticantes ocasionais⁶ (25,2%), logo seguido dos observantes⁷ (23,6%). Relativo ao nosso estudo verificamos que 66,3% designam-se católicos (não tendo sido averiguado a forma de o expressar) e 14,9% designam-se católicos não praticantes que pensamos poder classificar como o designado por católico nominal⁸, que no estudo referido anteriormente surge com a menor percentagem, 10,3%. Por outro lado, (Tsang & McCullough, 2003) defendem que o aspeto vivencial da religiosidade é independente dos aspetos operacionais, e.g. referem que um mesmo nível de religiosidade pode apresentar-se em diferentes formas de viver e expressar. Relativamente aos nossos resultados, uma vez que as dimensões que avaliavam as atividades religiosas organizacionais (ARO- frequência a atividades organizacionais, como ida à missa) e atividades religiosas não organizacionais (ARNO- frequência de atividades de

⁶ Católico praticante ocasional – é o indivíduo que frequenta a missa 1 a 2 vezes/ano

⁷ Católico observante – é o indivíduo que frequenta a missa todos os domingos e dias santos

⁸ Católico nominal – é o indivíduo que refere nunca frequentar a missa

caracter religioso como rezar, meditação e leitura da bíblia) da religiosidade foram interpretados da mesma forma, pelo que poderá estar a enviesar os resultados. A religiosidade intrínseca (RI- fé) tem sido relacionada com diferentes resultados positivos na saúde, designadamente uma melhor auto-percepção da saúde, diminuição da raiva, da hostilidade e do isolamento social e aumento da auto-estima (Donahue, 1985); (Maltby, 1999) (Maltby & Day., 2000) e é a dimensão que surge com maior expressão.

Dependendo do modo como é utilizada, a religião, pode ser construtiva ou destrutiva. A literatura, evidencia que não é a identidade religiosa, mas as oportunidades de participação social interações e educação que são importantes nas expressões subjetivas internas da pessoa. Koenig (2008) refere que a maioria dos instrumentos utilizados para avaliar espiritualidade, de certa forma, acaba por mensurar o secularismo. Afirma que o entendimento da variável religiosidade como homogénea falha em estudar peculiaridades próprias ao fenómeno espiritual, o que, no entanto, facilita a delineação do não religioso (secularismo).

No nosso estudo a religiosidade parece-nos ser sentida com a sensação de abandono ou punição por parte de Deus. Estudos demonstram que esse tipo de religiosidade pode estar associado a maiores níveis de *stress*, depressão e mortalidade (Lucchetti, 2010). Esta interpretação vem ao encontro dos nossos resultados, uma vez que o maior peso na explicação da variabilidade do constructo da saúde mental constatamos ser nos itens que avaliam o sofrimento mental (depressão, tristeza e nervoso), o que vem ao encontro do esperado uma vez que estamos a viver numa situação de crise, com grandes dificuldades económicas, desemprego.

Uma vez que a moda da nossa amostra é de 67 anos, torna-se pertinente fazer a interpretação dos nossos resultados tendo por base o processo de envelhecimento. Nos estudos empíricos de atribuição de causalidade e de adaptação (Mcintosh, Silver, & Wortman, 1993); (Gall, Charbonneau, Clarke, & Grant, 2005); (Pargament, 2008) verificou-se que as pessoas atribuem, também, a Deus a causa dos acontecimentos que as atingem, em particular dos negativos, e que recorrem a Deus como um recurso cognitivo, emocional ou comportamental, para enfrentar os acontecimentos. Deus é o agente ativo e a pessoa, o dependente passivo. Este papel passivo das pessoas pode ser uma hipótese explicativa para os nossos resultados, uma vez que a nossa amostra é constituída por idosos (moda=67 anos), nível baixo de escolaridade ($\leq 1^{\circ}$ ciclo =64%), rendimento (≤ 1 salário mínimo= 38,8%) e reformado (70,8%), podemos colocar a hipótese de que os fatores sociais e económicos poderão influenciar negativamente a saúde dos indivíduos, surgindo como variáveis influenciadoras mas que neste estudo não foram individualizadas e “trabalhadas” nesse sentido pois não era o nosso propósito.

Por outro lado (Dalgalarrodo, 2006) defende que nos países ocidentais, a religiosidade parece ter diversos significados, contornos e implicações diferenciadas para pessoas de diferentes grupos sociais, interagindo com dimensões como classe social, características

individuais, género. Aspetos que não foram caracterizados na nossa amostra, pelo que sugerimos incluirmos em investigações futuras.

A saúde mental é reflexo direto positivo do BEP e negativo da religiosidade

O BEP relaciona-se positivamente com a saúde mental positiva (Edwards, 2005). O BEP é um conceito multidimensional (MacLeod, 2000) (Ryff, 1989) que se desenvolve através de uma combinação das emoções, características de personalidade; identidade e experiência de vida (Helson & Srivastava, 2001). Este constructo do BEP é multidimensional, tem seis aspetos distintos da realização humana: a autonomia, pessoal crescimento, autoaceitação, propósito de vida, domínio e relações positivas com os outros.

Mobilizando, novamente, as características da nossa amostra - a moda da idade são os 67 anos, pelo que iremos suportar nos aspetos relacionados com esta faixa etária (idosos). Assim, no modelo de BEP salienta-se a capacidade adaptativa dos idosos e o reajustamento dos objetivos e/ou prioridades de vida (Ryff & Keyes, 1995; Ryff, Magee, Kling, & Wing, 1999). Os objetivos de vida e o crescimento pessoal tendem a decrescer na velhice, enquanto as outras dimensões do BEP apresentam níveis superiores, como é o caso da aceitação de si, da autonomia e das relações positivas com os outros.

O nosso estudo, mostra que a religiosidade não se traduz em saúde mental positiva. Uma possível explicação para este resultado pode ter a ver com motivos alheios à religião, tais como educação e emprego baixos. A crise económica que afeta a Europa, mais especificamente Portugal, desde 2010, tem interferência na saúde física e mental das populações através de um conjunto de diferentes variáveis que se repercutem em alterações sociais e comportamentais dos utentes (Catalano, 2009; Marmot, 2009). Consequentemente, a perda de emprego e o aumento da pobreza, a diminuição de coesão social, menor acesso às necessidades básicas de vida e um acesso mais limitado aos cuidados de saúde como cuidados médicos e medicamentos, entre outros contribuem para elevadas taxas de doença e morte devido à maior exposição a fatores de *stress* (Falagas, 2009). De entre os grupos populacionais mais vulneráveis evidenciamos os idosos e as pessoas com doença crónica, por apresentarem as condições mais suscetíveis de serem afetados por estas adversidades (Marmot, 2009; WHO, 2010 b9).

A bibliografia apresenta que a RI está associada a maior saúde mental (Lotufo Neto, 2005). Verificamos que a variabilidade que mais explica o constructo – religiosidade- são os itens que expressam a RI, de acordo com Koenig (2001), o que vem corroborar a bibliografia. Vale a pena referir, no entanto, que existem outros estudos que não encontraram uma associação positiva entre religiosidade e BEP ou encontraram uma correlação negativa (Francis, Ziebertz, & Lewis, 2003; Lewis, 2002; Lewis, Lanigan, Joseph, & de Fockert, 1997; Lewis, Maltby, & Burkinshaw, 2000).

As mulheres apresentam mais BEE ($t(292)=-1.08$, $p<=0.001$), religiosidade ($t(292)=-5.91$, $p<=0.001$) e BEP [$U=5605;W=1848;p\leq 0.001$] do que os homens

A evidência de que as mulheres são mais religiosas do que os homens é um dos resultados mais consistentes na sociologia da religião (Collett, Lizardo, 2009) (Levin, 1998); (Halman, 2006). São várias as explicações para este facto. Iremos apenas fazer referência a algumas: personalidade, o papel da socialização de género e a teoria de aversão ao risco desenvolvida por Miller e Stark, 2002 que referem o facto de não ter religião implica arriscar a perda potencial de recompensas sobre naturais e que os homens são mais propensos a diferentes formas de compensação de alto risco. Também fazemos referência aos estudos que nos indicam que as mulheres apresentam um comportamento ético mais desenvolvido que os homens (Roxas & Stoneback, 2004).

Os homens apresentam mais saúde mental [$U=5605;W=1848;p\leq 0.001$] do que as mulheres

O género afeta os níveis de saúde mental. Fatores predisponentes e precipitantes, tempo de início, diagnóstico, tratamento e tempo de adaptação à medicação interferem na saúde mental, de acordo com o género (OMS, 2014). Essas diferenças advêm de fatores que se relacionam com a biologia (genética, hormonas, farmacocinética dos medicamentos) e essas diferenças são amplificadas ou diminuídas por fatores sociais e culturais (papeis, apoio social). Conforme Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo, 2001 (OMS, 2001) – as mulheres apresentam um maior risco de desenvolverem sofrimento mental.

A socialização, através da apropriação de papéis de género estereotipados são algumas razões para este facto: os múltiplos papéis (mães, esposas, educadoras, cuidadoras, profissionais) desempenhados pela mulher na sociedade contribuem para um aumento de sofrimento psicológico (Santos, 2009). Por outro lado, parece que mulheres são mais socializadas no sentido de internalizar o *distress* do que os homens, o que contribui para alterações da saúde mental associadas à depressão, ansiedade e ideação suicida (Rabasquinho & Pereira, 2007). Por outro lado, homens são encorajados a agir, a expressar o seu *distress*, externalização que pode apresentar alguma ligação com comportamentos anti-sociais, uso de substâncias e suicídio (Canetto, 1991). Existem autores que explicam as diferenças de género, por características da personalidade, e.g, a mulher tem como fatores predisponentes, a introversão e o neuroticismo enquanto o homem apresenta a impulsividade, desinibição e procura de sensações (Cloninger *et al.*, 1988; Sher, 1994; Zucker *et al.*, 1995; Zuckerman, 1994). Pode-se ainda explicar esta diferença pela maior facilidade que a mulher apresenta em assumir o papel de doente, papel muitas vezes socializado, visto que a mulher foi culturalmente *olhada* como o género mais fraco, logo a expressão dessa fragilidade pela doença é culturalmente bem aceite para o género feminino. (Caneto, 1997; Zucker, 1995). Articulando os nossos resultados vêm ao encontro dos resultados do 1º Estudo Epidemiológico

de Saúde Mental (Caldas de Almeida, Xavier, et al., 2013) ao afirmarem que as mulheres apresentam um maior risco que os homens de sofrer de perturbações depressivas e perturbações da ansiedade (dimensões avaliadas pelo nosso instrumento de medida- MHI5) enquanto os homens têm uma maior probabilidade de sofrer de perturbações do controlo dos impulsos e de perturbações pelo abuso de substâncias (dimensões não avaliadas nesta investigação). Nesta medida, na nossa amostra os homens apresentam mais saúde mental, quer pelos motivos acima referidos quer ainda pelo fato do instrumento selecionado não estar a avaliar as dimensões mais prevalente de saúde mental nos homens.

As pessoas que “vivem sós” são aquelas que apresentam mais BEP, BEE, saúde mental e religiosidade

Existe uma associação da religião com medidas de ajustamento social. Uma revisão meta-analítica mostrou que os adultos religiosos casados apresentam maior probabilidade de permanecerem casados e têm níveis mais elevados de satisfação conjugal e existe um maior compromisso matrimonial. (Mahoney, Pargament, Tarakeshwar, & Swank, 2001). Tal fato não se apresenta na nossa amostra. Iremos apresentar alguns fatores explicativos para esta discordância. O impacto individual de um acontecimento parece depender não só de indicadores objetivos da sua complexidade mas também da medida em que esse acontecimento é relevante para o próprio e de como foi interpretado pelo individuo. Serão contudo as experiências de vida e as interpretações das mesmas, que melhor poderão explicar as diferenças e o sucesso na – e da – percepção do mais velho sobre o seu envelhecimento. A informação e a educação religiosa, bem como a experiência com o *coping* religioso são, igualmente, variáveis importantes (Paiva, 1998). Se a pessoa mantém laços estreitos com o grupo religioso, há uma maior probabilidade de utilizar a religião como estratégia de *coping* positiva. Se a pessoa está imersa em sistemas não religiosos e os percebe como efetivos, a estratégia de *coping* religioso, torna-se menos provável. Também as relações com outras pessoas/familiares são percebidas como satisfatórias e poderão ser protetoras face às vicissitudes da vida. Tais resultados obtidos com o grupo dos que “vivem sós” são concordantes com os resultados encontrados noutros estudos (e.g., Paúl, 1992; Hohaus & Berah, 1996; Paúl, 1997; O’Bryant & Morgan, 1990; Freire, 2000; Sequeira & Silva 2002; Paúl & Fonseca, 2005).

O casamento parece estar ligado também a algumas dimensões do BEP (Keyes & Ryff, 1998). No entanto, os solteiros apresentam níveis superiores aos dos casados em algumas medidas de BEP nomeadamente em autonomia e crescimento pessoal (Novo, 2000). Pode ser um meio de ultrapassar o sentimento de culpa, restabelecer o sentido de integridade e aumentar o sentido de ligação com forças transcendentais, os quais são aspetos importantes para diminuir os sentimentos de isolamento. Relativamente à caracterização deste grupo, verificámos que 16 indivíduos (31,3%) são solteiros (contudo não questionámos se alguma vez

teriam sido casados ou mantiveram alguma relação conjugal) assim este fator não nos permite concluir em termos de tempo se existem estratégias desenvolvidas para o “viver só” e qual o maior risco em termos de saúde mental. Os restantes 35 indivíduos (68,6%) pertencem ao grupo das pessoas anteriormente casadas. Neste aspeto recorreremos aos dados de (Caldas de Almeida, Xavier, et al., 2013) ao referirem que o grupo das pessoas anteriormente casadas (separadas, divorciadas, viúvas) apresenta um maior risco de sofrer perturbações depressivas e por abuso de substâncias, enquanto os que nunca casaram estão associados a um maior risco de perturbações por abuso de substâncias e do controlo de impulsos. Em investigações futuras acreditamos que, mais do que identificar o estado civil é importante caracterizar a existência, no tempo, de relações afetivas. Outras características deste grupo são: 26 (51%) são do género masculino e 25 (49%); do género feminino; 39(76,4%) referem professar uma religião enquanto 12 (23,5%) não professam qualquer religião; 13 (25,5%) estão empregados, 6 (11,7%) estão desempregados e 32 (62,7%) estão reformados; 26 (50,9%) apresentam um salário mínimo como fonte de rendimento e 12 (23,5%) não responderam.

As pessoas com ≤ 64 anos apresentam mais BEE e mais saúde mental

A população mundial está a envelhecer rapidamente (WHO, 2013). Entre 2000 e 2050, a proporção de adultos mais velhos do mundo é estimado duplicar de 11% para 22%. Em termos absolutos, este é um aumento esperado de 605 a 2000 milhões de pessoas com idade acima de 60. As pessoas mais velhas enfrentam desafios especiais na saúde física e mental que precisam ser reconhecidos. Como é sabido a saúde mental é determinada por fatores sociais, psicológicos e biológicos. As pessoas mais idosas têm maior probabilidade de perderem a capacidade de viver de forma independente devido a problemas de locomoção, dor crónica ou outros problemas físicos ou psicológicos. Para além deste aspeto, há a considerar o facto de os idosos experimentarem situações de perda, diminuição do seu nível socioeconómico (reforma) o que também vem ao encontro dos estudos que nos indicam que a reforma está associada a níveis mais baixos de saúde mental (Kha Vo, et al., 2014). Acresce-se a este aspeto a possibilidade de apresentarem co morbilidades. Todos estes fatores podem resultar em situações de isolamento, perda de independência, solidão e sofrimento psicológico. A saúde mental tem um impacto sobre a saúde física e vice-versa, logo pessoas mais idosas com mais problemas físicos podem ter maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde mental ma por sua vez uma pessoa com sintomatologia de depressão, ansiedade pode também, agudizar a sua situação física.

Um outro fator a considerar é o facto de os idosos serem mais vulneráveis, logo, mais sujeitos a negligência física e psicológica. Desta forma, os resultados encontrados suportam o que a bibliografia defende, ou seja, as pessoas menos idosas apresentam mais saúde mental e BEE. Contudo, os nossos resultados não corroboram os resultados do 1ºEstudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Caldas de Almeida, Xavier, et al., 2013) ao

constatar que o grupo dos mais idosos apresenta menor risco, em relação aos grupos de menor idade, de sofrer perturbações depressivas e de ansiedade.

As pessoas com mais de 64 anos apresentam mais BEP

É consensual na literatura consultada que o BEP é um fenómeno multifacetado (Gauvin & Spence, 1996) e com particular evidência na população mais idosa. Se considerarmos que os indivíduos mais idosos têm menor *stresse* e mais felicidade geral, assim como, aceitam mais facilmente a mudança do que as pessoas com menos idade (Ryff, 1989 a).

Certas dimensões do BEP como a autoaceitação e a autonomia desenvolvem-se com a idade (Buhler & Massarik, 1968; Erikson, 1959), ao passo que outras dimensões - o domínio do ambiente- são mais evidentes em indivíduos de meia-idade (Neugarten, 1973). Para o crescimento pessoal, tanto os jovens adultos como os adultos de meia-idade têm maior pontuação do que os adultos mais velhos. Os índices de autoaceitação e relações positivas com os outros não apresentaram diferenças com a idade (Ryff, 1995).

Não existe relação entre a idade e a religiosidade

Os indivíduos com mais de 60 anos declaram os maiores níveis de importância para a religião, mas este não foi o caso para a frequência religiosa. Os indivíduos de maior idade podem ter alta religiosidade, mas podem não ser capazes de frequentar assiduamente aos serviços religiosos pelas limitações físicas que possam apresentar. (Krause, 2004) (Halman & Draulans, 2006). Fato que poderá ter contribuído para estes resultados.

Terminamos a nossa discussão referindo que estes resultados devem ser analisados no contexto de algumas limitações metodológicas:

- Seleção da amostra ser intencional, o que não permite a generalização dos resultados; do presente estudo, apenas é lícito retirar conclusões formais para esta amostra;
- Por se tratar de um estudo transversal, não identificámos a natureza causal das associações registadas. A religiosidade pode condicionar o risco de doença, por outro lado, a experiência da doença pode também ter um efeito sobre a religiosidade. Pode haver, ainda outros fatores influenciadores (dimensão económica, política, social, educacional). Outros estudos, especialmente numa abordagem longitudinal poderão esclarecer esta questão;
- A religiosidade é uma dimensão social e cultural da experiência humana (Byrne, 2001). Surge associada a um contexto histórico, socioeconómico, político e cultural determinado e tem, portanto, um sentido específico para cada um desses contextos. Assim, é de se esperar que diferentes formas de religiosidade, em distintos contextos

- sociais e culturais, tenham significações e implicações diferenciadas para a vida das pessoas, sua subjetividade e saúde mental;
- A maior parte da pesquisa sobre religiosidade e saúde mental é realizada na América do Norte, onde prevalece uma perspectiva marcadamente individualista da vida social e religiosa (Deconchy, 1987) refletindo uma dimensão individual e psicológica e, quase sempre, descontextualizada de suas origens socioculturais e de sua historicidade. Abordar a religiosidade como algo homogêneo e universal, torná-la quase um "fenômeno natural", diretamente analisável e generalizável por procedimentos epidemiológicos e psicométricos, implica o risco de se perder o que há de mais original e próprio dessa dimensão da experiência humana: o seu caráter social, histórico, essencialmente simbólico. Não obstante, há uma tendência de muitos autores dessa linha de pesquisa a generalizar amplamente os seus resultados; não é a religiosidade específica de determinados grupos cristãos norte-americanos, num momento histórico e contexto social que se associa à melhor saúde mental, é a religião, categoria universal e homogênea, que teria tal implicação; Propomos a realização de estudos futuros onde se tome em consideração os grupos a estudar tendo em consideração as suas crenças;
 - Apesar da nossa opção, pela utilização do MEE (validação de modelos teóricos que definem relações causais, hipotéticas entre variáveis) defendida por (Maroco, 2010) sabemos que existem outras perspectivas que nos indicam que um modelo de equações estruturais é uma hipótese sobre a estrutura das relações entre variáveis numa população específica, assim não podem ser generalizáveis os resultados (Aiken et al 1994, Lindenberger & Baltes, 1997). Concomitantemente, deve-se reconhecer que podem existir outros modelos para a explicação dos nossos dados. Diante desta perspectiva, é claro que um resultado com bom ajuste não implica que o modelo esteja correto ou é verdadeiro, mas apenas plausível (MacCallum & Austin, 2000). Esses fatos contribuem para que as nossas conclusões sejam cautelosas e não deterministas. Embora esta abordagem ajude a indicar quais os parâmetros que são necessários para explicar os dados observados, não aborda a possível existência de modelos qualitativamente distintos de igual complexidade que podem fornecer explicações alternativas. A própria estratégia exploratória utilizada na definição do modelo causal testado impõe também prudência nas interpretações, exigindo reconfirmação com outras amostras e a eventual exploração e confrontação de novos modelos. Do ponto de vista teórico, é possível sugerir por exemplo, que a relação entre religiosidade e saúde mental se estruture no sentido inverso;
 - A identificação de ser católico numa perspectiva de autorrelato e.g. a pessoa pode considerar-se católica porque foi batizada ou se casou pela igreja (estas situações podem ser consideradas ocasiões mais sociais do que rituais religiosos vivenciados

com a carga do sagrado), é a interpretação de alguém que se considera praticante religioso, o que nem sempre remete para a prática dos rituais daquela afiliação religiosa (Marques, 2014);

- A maioria dos estudos de referência é realizada em amostras compostas por jovens, de classe média, estudantes americanos universitários (Hill, 2003). Argumentam ainda que essas amostras convenientes – facilmente acessíveis para os estudos realizados por instituições acadêmicas são problemáticas porque a idade, o estatuto socioeconômico e educação são três variáveis que se correlacionam fortemente com a experiência religiosa. Além disso, a maioria dos instrumentos validados são resultado de investigação junto de população protestante ou judia (Hill, 2009);
- A avaliação do BEE, BEP, religiosidade, saúde mental exclusivamente no formato de autorrelato poderá implicar algumas questões que merecem a nossa atenção. Essas questões relacionam-se pela pressão que os sujeitos podem sentir pelo que é socialmente desejável e por aquilo a que chamam de religiosidade, saúde espiritual, bem-estar psicológico e saúde mental ilusórios (por vezes os scores obtidos num determinado teste podem não refletir o nível em que o respondente está mas onde acredita estar) (W Slater, 2001) (Tsang, 2003) (King, 2000) (Balck, 1999);
- Apesar da maioria dos investigadores avaliarem a religiosidade através de questionários de autorrelato (Petruta-Paraschiva, 2011), estes instrumentos de medida são delineados tendo por base os seguintes pressupostos: os participantes têm capacidade de avaliar e compreender com precisão as asserções realizadas (64,3% dos participantes da amostra, deste estudo, têm o 1º ciclo, como o nível máximo académico alcançado); os participantes estarem dispostos a divulgar os resultados da sua autoavaliação para terceiros (recordamos que em 64,62% dos participantes foi necessária a ajuda do investigador, podendo ter contribuído para fornecer a resposta desejada e não a real);
- Quanto à dimensão da amostra em estudo (N=294) não foi a ideal, tendo em consideração a metodologia estatística selecionada, designadamente para a *Escala de avaliação de bem-estar psicológico* RPWB Scale. Assim, de acordo com (Maroco, 2010) a utilização da AFC e MEE deve contemplar uma amostra que seja 10 a 15 vezes o nº de itens da escala, o que neste caso seria 420 a 630 sujeitos. Pode ainda dever-se a outros problemas como itens com baixo peso fatorial e estarem fortemente correlacionados com diferentes fatores.

Limitações metodológicas de cariz operacional:

- A utilização de cinco instrumentos de colheita de dados com um número elevado de variáveis pode ter contribuído para a sobrecarga do participante, que por cansaço e possível desinteresse, pode ter fornecido uma resposta aleatória;

- Este procedimento de colheita de dados através do preenchimento de questionários pode provocar o desinteresse do participante, o qual, por sua vez, pode fornecer uma resposta aleatória pois alguns aspetos da experiência religiosa e espiritual podem ser difíceis de captar através destas medidas (Willoughby, 2009);
- Também as características da nossa amostra apresentar a moda de 67 anos, com nível de escolaridade igual ou inferior ao 1ºciclo com 64,3%, pode ter contribuído para haver necessidade da ajuda do investigador. Destes, houve ainda 49 casos, que tiveram de ser realizados em formato de entrevista por dificuldade expressa do participante. Podemos constatar que os participantes expressavam necessidade de falar sobre questões paralelas ao questionado, designadamente os problemas económicos e sociais que estavam a vivenciar;
- Em qualquer estudo de natureza quantitativa, como é caso deste, ao lidar com seres humanos, o investigador é incapaz de controlar as variáveis, quer por razões de ordem prática, ética ou outras (Fernandes, 1991).

“Afinal, se coisas boas se vão é para que coisas melhores possam vir.

Esqueça o passado, desapego é o segredo!”

Fernando Pessoa

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Ultimado este percurso, importa fazer uma avaliação onde conste a apreciação dos resultados e a sua projeção. Deste modo, esta conclusão estrutura-se através de três perspetivas: a primeira apresenta uma análise retrospectiva das diferentes etapas da investigação, evidenciando os pontos fortes e limitações; a segunda onde se apresentam as principais conclusões e a terceira identifica as implicações e sugestões para os diferentes domínios da disciplina de enfermagem.

Da pesquisa realizada, iniciámos com a apresentação de dados epidemiológicos que apresentam um aumento da prevalência das doenças crónicas a nível europeu e com especial relevância a nível nacional. Segundo os dados revelados no 2º Fórum Internacional sobre o Doente Crónico (Dias & Paixão, 2010), cerca de metade da população portuguesa tem pelo menos uma doença crónica, e cerca de 500 mil portugueses vivem ou (con)vivem com cinco ou mais doenças crónicas, o que representa um considerável impacto na qualidade de vida das pessoas.

Das diferentes doenças de evolução crónica destacamos a diabetes tipo 2 pela sua progressiva evolução associada aos fatores de urbanismo, sedentarismo e hábitos alimentares incorretos. A diabetes tipo 2 caracteriza-se por ser uma doença crónica exigente quer a nível físico, quer a nível psicológico. Viver com esta doença pressupõe a adoção de um estilo de vida ajustado à situação de saúde, exigindo uma alteração e nas atividades de vida diária, quer por alterações do regime alimentar quer ainda pela necessidade de adesão terapêutica permanente e continuada no tempo, porque só assim se evitam as graves complicações decorrentes da doença. Apesar destas alterações, a diabetes pode conduzir a complicações macroangiopáticas (cardiopatia isquémica), doença vascular periférica, acidente vascular cerebral e microangiopáticas (retinopatia diabética, nefropatia diabética e neuropatia sensitiva distal. (Scheffel, Bortolanza, Weber, Costa, et al., 2004). A incerteza, quanto à evolução da doença é pois, uma grande fonte de *stress* para os indivíduos com doenças crónicas (Asbring & Närvänen, 2004).

A presença de situações imprevistas conduz a situações de sofrimento psicológico (Taylor, 2009) quer pelas mudanças de vida, quer pela possível dependência de outros, a perda de rendimentos, são situações que levam a diminuição da autoestima e a sentimentos

de perda. A doença crónica tem um impacto significativo na vida dos doentes e afeta o bem-estar físico, funcional, emocional, social e espiritual.

Por outro lado, de acordo com (Gois, et al., 2014) a depressão major é mais prevalente em doentes com *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2) do que na população em geral. Também de acordo com o 1º Estudo Epidemiológico de Saúde Mental verificamos que a prevalência das perturbações psiquiátricas em Portugal é muito elevada: mais de 1 em cada 5 dos indivíduos da amostra apresentou uma perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores à entrevista. Esta prevalência é a segunda mais alta a nível europeu, com um valor quase igual à da Irlanda do Norte, que ocupa o primeiro lugar. Neste aspeto, Portugal distingue-se significativamente de todos os outros países do sul da Europa, que, sem exceção, apresentam prevalências muito mais baixas que os países do norte (Wang, 2011). Podemos ainda ler neste mesmo relatório que as mulheres, os grupos de menor idade, e as pessoas separadas e viúvas apresentam uma maior frequência de perturbações psiquiátricas. As situações patológicas mais comuns nas mulheres são: perturbações depressivas e perturbações de ansiedade; enquanto os homens apresentam mais perturbações de controlo de impulsos e de perturbações por abuso de substâncias (Caldas de Almeida & Xavier, 2013).

Suportados por estas evidências, se por um lado existe um aumento de pessoas com diabetes tipo 2, por outro constatamos que a população portuguesa apresenta uma prevalência elevada de perturbações psiquiátricas, questionamo-nos, de que forma podemos contribuir para a diminuição desse mal-estar, que recursos mobilizar no sentido de aumentar o bem-estar e melhorar a saúde mental da pessoa com diabetes tipo 2. Surgiu, deste modo, a nossa questão de investigação: Quais as relações entre o bem-estar espiritual, a religiosidade, e a saúde mental e o bem-estar psicológico da Pessoa com diabetes tipo 2?

Sabemos que a espiritualidade/religiosidade pode ser considerada como um recurso importante para lidar com o sofrimento (Büssing, Fischer, Ostermann, & Matthiesen, 2008); (Ross, Handal, Clark, & Vander Wal, 2009). Esta relação pode ser explicada através da manutenção da autoestima, proporcionando uma sensação de significado e propósito na vida, contribuindo para o conforto emocional e oferecendo uma sensação de esperança. Para avaliar estas diferentes dimensões optámos pelos constructos de BEP; BEE, religiosidade e de saúde mental.

Identificámos algumas etapas no percurso da investigação destas temáticas. Ao longo do século XX, predominaram modelos em que o tema religioso foi *olhado* com suspeita, desconfiança e ceticismo. Desde o final da década de 1980, houve um acréscimo de estudos empíricos que evidenciaram resultados positivos da relação entre a religiosidade ou espiritualidade e saúde (Lee, Zahn, & Baumann, 2011). Mais recentemente, esses modelos foram revistos, repensados, contextualizados, na medida em que, diante dos muitos desafios

postos pela complexidade do mundo contemporâneo, eles também se mostraram insuficientes e questionáveis.

Apesar do enorme interesse investigativo, principalmente nas duas últimas décadas (Bonelli, Koenig, 2013), a ausência de definições operacionais de espiritualidade e religiosidade, associado à contaminação de itens da espiritualidade com medidas de religiosidade e à abstração destes conceitos (Sloan, Bagiella, Powell, 1999) contribuíram para as principais limitações da investigação nesta área (Miller, Thoresen, 2003; Chatters, 2000; Hill, Pargament, 2003). Deste modo, deparámo-nos com alguns constrangimentos quanto às inúmeras definições de um mesmo conceito e a utilização de um mesmo conceito em diferentes perspectivas. Como forma de ultrapassar estas dificuldades necessitámos de clarificar e selecionar qual ou quais dos diferentes conceitos *religião, religiosidade, espiritualidade, bem-estar espiritual, saúde espiritual* iríamos aprofundar e utilizar no nosso estudo. Uma possibilidade de obviar este constrangimento é a utilização de metodologia multivariada, pois permite estimar a magnitude da associação entre as variáveis religiosas e os resultados de saúde, controlando os efeitos de outras variáveis (Ellison & George, 1994)

Optámos pelos conceitos de bem-estar espiritual, na medida em que se define como a operacionalização da espiritualidade; selecionámos a religiosidade de forma distinta do BEE pois considerando o nosso país com um fundo secular necessita de ser avaliado de forma separada. A investigação existente nesta área tem demonstrado que religiosidade e bem estar têm influência na saúde do indivíduo (Ganga & Kutty, 2013). O conceito de saúde (OMS) define-a como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades*”. Saúde representa, por isso, um bem-estar. A saúde mental positiva é definida como um estado dinâmico de bem-estar no qual o indivíduo percebe o seu potencial, com uma crença subjacente na dignidade e no seu valor enquanto pessoa e que é capaz de trabalhar de forma produtiva e contribuir para a comunidade (Ganga & Kutty, 2012). Na vasta bibliografia existente, é difícil provar a causalidade da religião sobre a saúde mental, embora a inter-relação possa ser demonstrada de forma efetiva (Chapple, 2003).

Numerosos estudos encontraram uma associação significativa positiva, entre a vertente física e mental e a religiosidade/ espiritualidade (Koenig, 1998) (Lee, Zahn, & Baumann, 2011). No entanto, abordar estas questões geralmente não é visto como uma tarefa de cuidados de saúde convencional. Este modelo bio-psico-social-espiritual de cuidados fornece uma estrutura conceitual para apoiar a saúde geral dos doentes. Neste sentido, Molzahn e Sheilds mencionam a relutância dos enfermeiros em abordar a espiritualidade “*não ter as palavras certas, a falta de informação, a ideia de que o cuidado espiritual é responsabilidade de outra pessoa*” influências do secularismo e diversidade na sociedade, e do contexto de cuidados de saúde atual” (Molzahn & Sheilds, 2008).

Tanto quanto é do nosso conhecimento, no início do desenvolvimento desta tese existia apenas uma escala para medir bem-estar espiritual que tivesse sido validada na população portuguesa (Gouveia, 2009). Esta escala permite discriminar as diferentes dimensões de bem-estar espiritual já propostas na definição consensual da *National Interfaith Coalition on Aging* (Moberg, 2002). A nossa adaptação do **SWBQ** confirma globalmente a estrutura fatorial proposta pelos autores e corroborada por Gouveia, 2009. Este instrumento torna-se importante na medida em que permitirá estudar, também na população portuguesa, esta dimensão relevante para o bem-estar e as suas relações com outros constructos. Este é portanto um resultado que abre caminho para a compreensão do modo como o BEE pode contribuir para o bem-estar psicológico e para a saúde mental. O estudo da validade do SWBQ na predição de outras medidas de bem-estar subjectivo e psicológico e de outros resultados de saúde, parece-nos importante para reforçar o conhecimento sobre o contributo do BEE para a qualidade de vida. Os resultados suportam a noção de que o BEE é desenvolvido, maioritariamente, por pessoas que integram o conhecimento através dos domínios pessoal e comunitário, com um sentido de respeito e admiração pelo ambiente, reconhecendo nele, uma dimensão transcendente. Podemos assim afirmar que este tipo de pessoas que expressam o seu BEE assente na qualidade e profundidade das relações consigo mesmo, com os outros e com a natureza com uma vertente transcendente. O fato desta medida de BEE ter sido utilizada, maioritariamente, com população jovem e jovem adulta, o nosso estudo permite a sua adequação à população idosa, contudo a validação com população com outras características ou em fases específicas de transição de vida permanece ainda por explorar.

Quanto ao BEP, sabemos que a inexistência de uma definição global de bem-estar contribui para que as diferenças culturais na percepção de bem-estar e os contextos sociais e comportamentais interfiram na sua avaliação (Vaingankar, et al., 2012). Partindo deste pressuposto, à escala de BEP, utilizámos a escala SPWB com 42 itens, tendo apresentado alguns A validação da versão de 42 itens da escala de SWBQ proposta por Ryff tem um importante potencial de utilização pela maior facilidade de preenchimento. Todos os fatores são estatisticamente significativos na explicação do bem-estar psicológico. O fator Aceitação de si é o que apresenta um maior peso (0.95) na explicação da variabilidade observada no bem-estar psicológico, o fator Objetivos de vida apresenta o segundo maior peso na explicação da variabilidade observada. Os índices de ajustamento obtidos para este modelo são inferiores aos valores considerados como um bom ajustamento. Assim, numa análise sequencial retiraram-se da análise 14 itens por apresentarem pesos fatoriais muito inferiores a 0.5 e/ou estarem correlacionados com outros fatores. Dos 14 itens que foram retirados da análise final verificamos que 7 necessitam de ser invertidos, ou seja, parece haver alguma dificuldade na percepção da questão e a resposta é realizada de forma invertida ao pensado

pelos respondentes. Todos os fatores apresentam elevada consistência interna e fiabilidade individual. Apenas os constructos “**Domínio do meio**”, “**Objetivos de vida**” e “**Autonomia**” apresentam validade convergente. No que se refere à validade divergente, pelo que se conclui que o modelo de medida do bem-estar psicológico apesar de fiável não apresenta validade discriminante e conseqüentemente **não apresenta validade de constructo**. As correlações entre os constructos latentes resultantes destas análises são, portanto, questionáveis, tal como defendem (Springera, Hauser, & Freese, 2006).

Na avaliação da religiosidade com o instrumento de medida, *DUREL – Duke Religion Index*, a estrutura fatorial é concordante com a original e apresenta bons valores de consistência interna. Pelo fato de duas das três sub-escalas utilizadas – ARO e ARNO – apresentarem um item em cada uma, pode ter influência na análise do modelo e na precisão em individualizar o conceito a medir.

Quanto ao instrumento de medida – *MHI 5 – Mental Health Inventory 5* – todos os fatores são estatisticamente significativos na explicação da saúde mental. Apresenta uma estrutura fatorial semelhante à original com bons níveis de consistência interna; O maior peso de explicação da variabilidade do constructo da saúde mental surge nos itens que avaliam o sofrimento mental (deprimido, triste e nervoso); o que é explicado pela situação de crise económica e social que estamos a vivenciar em Portugal e também pelos dados referidos no 1º relatório epidemiológico nacional de saúde mental.

Todavia, o facto de termos realizado este estudo na Europa, vamos ao encontro do que Cohen e Koenig (2003) defendem ser importante haver estudos noutros locais, especificamente a nível da Europa, e que integrem outras religiões fora da matriz judaico-cristã, pois é nesse contexto que está realizada a maior parte da investigação. É necessário potenciar os recursos existentes no sentido de tornar as pessoas mais positivas e mais fortes para ser possível ultrapassar as dificuldades, encontrando alternativas de promoção de bem-estar, procurando novos e positivos significados (Pargament, 1992).

Em síntese, o nosso estudo evidenciou as relações entre o BEE, o BEP, Religiosidade e Saúde mental. Revelou que, como esperado, maior BEP estava significativamente associado a mais saúde mental. Evidenciámos que o BEE serviu de variável mediadora entre a religiosidade e o BEP. Do que temos conhecimento este resultado ainda não tinha sido diretamente explorado e testado empiricamente, nomeadamente com as medidas reconhecidas e teoricamente validadas para os constructos em discussão. No final deste trabalho fica a inquietação sobre como explicar que num país profundamente católico, a relação da religiosidade com a saúde mental e BEP seja sentida de forma negativa, resultados diferentes dos encontrados noutros estudos. Formulamos a hipótese da nossa amostra estar exposta a fatores socioeconómicos que lhe aumente a vulnerabilidade ou ainda

a envolvimento de fatores como a personalidade (por ex: neuroticismo) e outras variáveis que tenham tido uma influência.

A resposta a tais questões depende de mais pesquisas. Mas uma coisa é certa: o encontro entre destes dois mundos tão diferentes – o da ciência e o da religião – será mediado pelo modo como o profissional responde, para si mesmo, a cada um deles. A alteridade desse encontro remete-nos para dois mundos: o da subjetividade (emoções, sentimentos, pensamentos, conhecimentos, valores...) de quem trata, sob o prisma da racionalidade científica, e o da subjetividade de quem sofre, sob o prisma de sua própria identidade pessoal e cultural – incluindo-se sua religiosidade – na procura de alívio ou de um sentido para seu sofrimento.

Esta investigação contribui para aumentar o corpo de conhecimentos nesta área proporcionando uma organização do conhecimento e acrescentando novos resultados.

No que diz respeito a “pontes” para investigação futura, queremos apresentar um conjunto de sugestões. O processo de validação de instrumentos é um trabalho contínuo e necessário para as quatro medidas adaptadas nesta tese – BEE, BEP, Saúde mental e religiosidade. Tratando-se de medidas com uma componente disposicional e/ou contextual, um dos aspetos mais relevantes, para além da validação cruzada da sua estrutura fatorial em outras amostras, consiste no estudo da sua estabilidade temporal. Uma melhor compreensão das relações entre o BEE e o BEP beneficiará, possivelmente, com a exploração qualitativa dos significados atribuídos às diferentes componentes do BEE e com a descrição dos processos através dos quais os sujeitos explicarão o modo como a experiência do BEE poderá proporcionar, o desenvolvimento do bem-estar psicológico e da saúde mental. Este aspeto poderá ser colmatado com investigações adicionais com carácter longitudinal e misto. Neste sentido Moberg (2002) sugere complementar a investigação de carácter quantitativo com avaliações qualitativas de modo a fornecer informações mais específicos sobre a espiritualidade de um indivíduo do que uma medida quantitativa, como respostas individuais podem expressar melhor necessidades e experiências espirituais.

Outro aspeto a contemplar em investigações futuras terá a ver com a necessidade de avaliar o perfil dos utentes em termos psicológicos, pois conceitos como o neuroticismo ou afetividade negativa, refletem uma tendência para a vulnerabilidade ao stress com indecisão, sensibilidade à frustração, baixa auto-estima tem maior probabilidade de surgirem em pessoas com diabetes e depressão (Gois, Akiskal, Akiskal, & Figueira, 2012).

Outra sugestão será a inclusão nos *curricula* de conteúdos que desenvolvam esta dimensão tão importante do cuidar. Tal como concluímos nos nossos resultados, em que o BEE atua como variável mediadora na relação entre a religiosidade e o BEP, será importante sensibilizar os nossos estudantes para esta dimensão. Pois a investigação apresenta-nos que estudantes de enfermagem que realizaram a sua aprendizagem na compreensão emergente

da espiritualidade, têm mais probabilidade de integrar a avaliação espiritual no respetivo cuidado, tanto nas suas vidas pessoais como a nível da prática profissional do que os enfermeiros que não sensibilizados para esta dimensão (Denaley,C.,2005). Contudo mais do que desenvolver a espiritualidade (conceito muito lato, abstrato o BEE permite-nos distinguir as 4 dimensões – relação consigo; com a comunidade, com o ambiente e com o transcendente – sendo muito mais facilitada a mensuração deste constructo. Concluimos ser nosso propósito, como docente na área da enfermagem, integrar esta dimensão na aprendizagem dos cuidados de enfermagem, promovendo um cuidado holístico imprescindível à saúde da população.

Acreditamos que os enfermeiros são profissionais mais capazes de responder às necessidades dos doentes, quando eles próprios estão conscientes de sua própria espiritualidade (BEE) mobilizando recursos internos para melhor cuidar dos utentes, promovendo o conforto e a responder à diversidade de necessidades com maior sensibilidade (Smith, 2006). Cremos também ser muito útil e necessária uma abordagem interdisciplinar destes temas, pois permitirá uma conceituação mais completa da religiosidade, BEE, BEP e da saúde mental.

Este estudo destaca-se pela originalidade de evidenciar o BEE como variável crucial no desenvolvimento do BEP e Saúde mental da pessoa com diabetes tipo 2, contribuindo para o acréscimo da nossa compreensão do constructo do Bem-estar. O grande desafio de pesquisas futuras será a definição das especificidades dessa relação, ou seja, é preventivo ou simplesmente é um processo de *coping* e de que modo pode o profissional de saúde mobilizar o BEE de forma a capacitar o processo de ajuda ao doente. Pensamos ser importante também analisar o papel de cada característica psicossocial e estilo de vida separadamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS⁹

- Administração Regional de Saúde-Lisboa Vale do Tejo. (2014). *Plano estratégico 2014-2016*. Obtido de http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/385/Plano_Estrat_gico_ARSLVT_2014-2016.pdf.
- Aiken L, Stein JA, Bentler PM. 1994. Structural equation analyses of clinical subpopulation differences and comparative treatment outcomes: characterizing the daily lives of drug addicts. *J. Consult. Clin. Psychol.* 62:488–99.
- Allardt, E. (1996). Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación. In Amartya (comp.), Martha Nussbaum (comp.). *La calidad de vida* (pp. 126-134). ISBN 968-16-4898-6.
- Almeida, A., Peres, M., Flávio, A., Neto, F., & Koenig, H. (2008). Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. *Revista de psiquiatria Clínica*, 35-1.
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metdologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrios.
- Almeida, M., Gutierrez, G., & Marques, R. (2012). *Qualidade de vida: definições, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa*. São Paulo.
- Amorim, I. (2008). Diabetes Mellitus Tipo 2 e sintomas psicopatológicos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), pp. 319-333.
- Anderson, R. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 24, pp. 1069-78.
- Ano, G. & Vasconcelles, E. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology* 61, 461-480.
- Antonovsky, A. (1997). *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Argyle, M., Kahrman, D., Diener, E. (ed), Schwarz, N.(ed.) (1999). Causes and correlates of hapiness. *Weel-being:teh fundations of hedonic psychology*, pp. 353-373.
- Argyle, M. (2000). *Psychology and religion. An Introdution*. London, UK: Routledge.
- Arroyo Menéndez, M. (2007). Religiosidade e valores em Portugal: comparação com a Espanha e a Europa Católica. *Análise Social*, XLII(184), pp. 757-787.
- Asbring, P. & Närvänen, A. (2004). Patient power and control:A study of women with uncertain illness trajectories. *Qualitative Health Research*, 14, pp. 226-240.
- Babyak, M., Blumenthal, J., Herman, S., Khatri, P., Doraiswamy, M., Moore, K.,....., Ranga Krishnan, K. (2000). Exercise treatment for major depression: maintenance fo thereapeutic benefit at 10 months. *Psychosom Med.*, 62:633– 638.
- Balck, T. (1999). *Doing quantitative reserach in the social sciences: an integrated approach to resaerch design, mesaurement and statistics*. London: Sage.
- Barro, R. & McCleary, R. (2002). Religion and political economy in an internacional panel, unpublished manuscript. Havard University.
http://scholar.harvard.edu/files/barro/files/religion_polecon_2002_version.pdf

⁹ Utilizada e adaptada a Norma da 2012 American Psychological Association (6th ed.). Disponível em <http://www.apastyle.org/>.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bene, F., Turthe, M., Khan, Y., & Farol, P. (1994). Myelination of a key relay zone in the hippocampal formation occurs in the human brain during childhood, adolescence, and adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 51(6), pp. 477-84.
- Benson, H. (1996). *Timeless healing: The power and biology of belief*. New York: Scribner.
- Berger, P. (1985). *O Dossel Sagrado: elementos para uma teoria sociológica da religião*. São Paulo: Paulinas.
- Berry, D., Bass, C., Forawi, W., Neuman, M., & Abdallah, N. (2011). Measuring Religiosity/Spirituality in Diverse Religious Groups: a consideration of Methods. *Journal of Religion Health*, 50, pp. 841-851.
- Berwick, D., Murphy, J., Goldman, P., Ware, J., Barsky, A., Weinstein, M. (1991). Performance of a Five-Item Mental Health Screening Test. *Medical Care*, vol.29 (2).
- Bishop, M. (2005). Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and acquired disability: a conceptual and theoretical synthesis. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(4), pp. 219-231.
- Brady, M., Peterman, A., Fitchett, G., Mo, M. & Cella, D.(1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-oncology*, vol.8, pp-417-428, DOI: 10.1002/(SICI)1099-1611(199909/10)8:53.3.
- Bradley, D. (1995). Religious involvement and social resources: Evidence from the data set "Americans changing lives". *Journal for the Scientific Study of Religion* Vol. 34, No. 2, pp. 259-267.
- Briana Mezuk, P. W. (2008). Depression and Type 2 Diabetes Over the Lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 31, Number 12.
- Brown, R. (1994). Efficacy of Indirect Approach for Estimating Structural Equation Models With Missing Data: A Comparison of Five Methods. *Structural Equation Modeling* 1(4):287-316.
- Brown, J., Cherry, K., Marks, L., Jackson, E., & Jazwinski, S. (2010). After Hurricanes Katrina and Rita: Gender Differences in Health and Religiosity in Middle-Aged and Older Adults. *Health Care for Women International*, 31:99; pp. 997-1012.
- Büssing, A., Fischer, J., Ostermann, T., & Matthiesen, P. (2008). Reliance on God's help, depression and fatigue in female cancer patients. *Int. J. Psychiatry Med.*, pp. 357-372.
- Byrne, P. (2001). *Religion: definition and explanation*. Elsevier.
- Caldas de Almeida, J., Xavier, M., et al (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1ºrelatório*. Lisboa.
- Caldeira, S., Castelo Branco, Z., & Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência, III Série - n.º 5*, pp. 145-152.
- Campos, L. (2010). <http://www.apes.pt/LinkClick.aspx?fileticket=5BdWUBlqqx0%3D&tabid=77>. Obtido de 2º Forum Internacional do Doente Crónico.
- Canada, A., Murphy, P., Fitchett, G., Peterman, A., & Schover, L. (2008). A 3 factor model for the FACIT-sp. *Psychooncology*, 17, pp. 908-916.
- Canetto, S. (1991). Gender roles, suicide attempts, and substance abuse. *The Journal of Psychology*, 125 (6), pp. 605-620.
- Canetto, S. (1997). Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 27 (4), 339-351.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Caplan, S., Paris, M., Whittemore, R., Desai, M., Dixon, J., Alvidrez, J.,...Scahill, L. (2011). Correlates of religious, supernatural and psychosocial causal beliefs about depression among Latino immigrants in primary care. *Mental Health, Religion & Culture*, 14, 589–611. doi:10.1080/13674676.2010.497810.
- Catalano R. (2009) Health, medical care, and economic crisis. *N Engl J Med*. 360:749–51.
- Carroll, D., Hamilton, G., & McGovern, B., & A. (1999). Changes in health status and quality of life and the impact of uncertainty in patients who survive lifethreatening arrhythmias. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, pp. (4), 251-260.
- Chaaya, M., Sibai, A., Fayad, R., El-Roueihed, Z. (2007). Religiosity and depression in older people: evidence from underprivileged refugee and non-refugee communities in Lebanon. *Aging Ment Health.*; 11(1):37-44.
- Chandola, T., Brunner, E., Marmot, M. (2006). Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. *British Medical Journal* 332:521–5.
- Chapman, D., Perry, G., & Tara W., S. (2005). The Vital Link Between Chronic Disease and Depressive Disorders. *Preventing Chronic Disease*, 2(1).
- Chapple, P. (2003). Mental health and religion: A guide for service providers. (<http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/E.PaulChapple201.11.03MentalHealthandReligionaGuideforServiceProviders.pdf>, Ed.).
- Chatters, L. (2000). Chatters LM. Religion and health: public health research and practice. *Annu Rev Public Health*, 21, pp. 335-367.
- Churchill, G. (1999). *Marketing research: Methodological foundations*.
- Coelho, J. (2011). *Sufrimento e espiritualidade da pessoa com esclerose múltipla*. Lisboa.
- Cohen, A., & Koenig, H. (2003). Religion, religiosity and spirituality in the biopsychosocial model of health and ageing. *Ageing international*, vol.28-nº3, pp. 215-241.
- Collett, J., Lizardo, O.(2009). A Power-control theory of gender and religiosity. *Journal for the Scientific Study of Religion*, vol.48, 2, pp.213-231. doi: 10.1111/j.468-5906.2009.01441.X.
- Comissão das Comunidades Europeias (2005). *Livro Verde: Melhorar a saúde mental da população Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Obtido de http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/menta.
- Cruz, S. (2005). Tratamento não farmacológico na diabetes tipo 2. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21.
- Curlin F.A., et al. (2007). Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. *Am J Psychiatry*, vol.164-1 pp. 1825–1831. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06122088>.
- Dalby, P. (2006). Is there a process of spiritual change or development associated with ageing? A critical review of research. *Journal of Ageing and Mental Health*, 10(1), pp. 4-12.
- Dalgalarrodo, P. (Sept. de 2006). Relações entre duas dimensões fundamentais da vida: saúde mental e religião. (São Paulo, Ed.) *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28-3.
- David C., Dollahite, L. (2003). Chapter 24- Families and religious beliefs: practices and communities. In D. Dollahite, L. Marks, & M. Goodman, *Handbook of Contemporary Families: Considering the Past, Contemplating the Future*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- De Conchy; J. (1987). Méthodes en psychologie de le religion. *Archives de science Sociales des Religions*, 63, 31-83.
- De Groot, M., Anderson, R., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). Association of Depression and Diabetes Complications: A Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, pp. 619-630.
- Delaney, C. (2005). The Spirituality Scale: Development and Psychometric Testing of a Holistic Instrument to Assess the Human Spiritual Dimension. *Journal of Holistic Nursing*. Vol. 23 No. 2, 145-167. DOI: 10.1177/0898010105276180.
- Delgado, C. (2005). A discussion of concept of spirituality. *Nursing Science Quaterly*, 18, n^o2, pp. 157-162.
- Direção Geral de Saúde. (2010). *Plano nacional de saúde*. <http://pns.dgs.pt/files/2010/02/EvolucaoIndicadoresPNS.pdf>.
- Direção Geral de Saúde. (2013). Obtido de <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/comunicados+de+imprensa/plano+nac+saude+12.htm>.
- Dias, C. & Paixão, E. (30 a 1 de maio de maio de 2010). <http://www.nedai.org/items/08.pdf>. Obtido de Obtido em 18 de Janeiro de 2012, de www.nedai.org.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., et al. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, n^o3, pp. 572-577.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), pp. 542-575.
- Diener, E. O. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, 54, pp. 403-425.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125, n^o2, pp. 276-302.
- Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., & Sanders, L. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), pp. 222-235.
- Donahue, M. (1985). Intrinsic and extrinsic religiosity: the empirical research. *Journal for the Scientific Study of Religion*, pp. 418-425.
- Dozeman, E., Van Marwijk, W., Van Schaik D., Stek, M., Van der Horst, H., Beekman, A. & Hein P. van Hout (2010). High incidence of clinically relevant depressive symptoms in vulnerable persons of 75 years or older living in the community. *Aging & Mental Health*, Vol.14, 7. Doi:10.1080/13607861003781817.
- Edwards, S. (2005). A psychology of breathing methods. *International Journal of Mental Health Promotion*. 7(4), 28-34.doi: 10.1080/14623730.2005.9721958.
- Ellison C. & George, L. (1994). Religious involvement, social ties, and social support in a Southeastern community. *Journal for the Scientific Study of Religion* Vol. 33, No. 1 p.46-61. doi: 10.2307/1386636.
- Ellison, C.(2001). Religious involvement, stress, and mental health: Findings from the 1995 Detroit Area Study.
- Ellison, C., & Levin, J. (1998). The Religion-Health Connection:Evidence, Theory, and Future Directions. *Health Educ Behav* vol. vol. 25 no. 6 pp.700-720 doi: 10.1177/109019819802500603.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ellison, C., Bartkowski, J., Anderson, K. (1999). Are there religious variations in domestic violence? *Journal of Family Issues*, 20 (1).
- Emmerick, R. (2010). Secularização e Dessecularização na Sociedade Contemporânea: Uma relação dialética. (U. Vitória: CCHN, Ed.) *SINAIS: Revista Eletrônica. Ciências Sociais*, 1, pp. 04-19.
- Engum, A. (2005). Depression and Diabetes: A large population-based study of sociodemographic, lifestyle, and clinical factors associated with depression in type 1 and type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 28, Number8.
- Erikson, E. (1976). *Identidade, Juventude e Crise* Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Erikson, E. & Erikson, J. (1998) . *O ciclo da vida completo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Eriksson, M. and Lindström, B. (2005) Validity of Antonovsky's Sense of Coherence Scale—a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 460–466.
- Eriksson, M. and Lindström, B. (2006) Antonovsky's Sense of Coherence Scale and the relation with health— a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 376–381.
- Erikson, M., Lindstrom, B., (2007) Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Epidemiol Community Health*; 61:938-944 doi:10.1136/ jech.2006.056028.
- Espiga de Macedo M, L. M. (2007). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal. The PAP study. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 26 (1), pp. 21-39.
- European Commission, Health and consumers directorate general (2014). Obtido de http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/ev_20140403_mi_en.pdf.
- Federation, I. D. (2014). www.idf.org. Obtido de International Diabetes Federation (IDF), IDF Diabetes.
- Fehring RJ, M. (1997). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncol Nurs Forum*, 24(4), pp. 663-71.
- Fernandes, A. (1998). *Religiosidade difusa e identidade confessional*. (P. d. Letras, Ed.) Porto, Portugal: <http://hdl.handle.net/10216/8440>.
- Fernandes, D. (1991). Notas sobre os paradigmas de investigação em educação. *Noesis*.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M., Iniguez, J., Garcia, L.(2005). Promción del envejecimiento activo: efectos del program "vivir com vitalidade", vol.40, 2, pp 92-103. doi:10.1016/So211-139X(05)74834-4.
- Ferriss, A. (2002). Religion and the Quality of Life. *Journal of Happiness Studies* , pp. Volume 3, Issue 3, pp 199-215 .
- Fichett, G., Murphy, P., Kim, J., Gibbons, J., Cameron, J. & Davis, J. (2004). Religious struggle prevalence, correlates and mental health risks in diabetic, congestive heart failure and oncology patients. *Internacional J.Psychiatry Med.*, pp. 179-96.
- Fisher, J. (1998). *Spiritual health: its nature, and place in the scholl curriculum*. Melbourne. Austrália.
- Fisher, J. (1999). Helps to fostering students' spiritual health. *International Journal of Children's Spirituality*, pp. 4(1), 29-49.
- Fisher, J., Francis, J. & Jonhson, P . (2000). Assessing Spiritual Health via Four Domains of Spiritual Well-being: The SH4DI. *Pastoral Psychology.*, pp. 133-145.
- Fisher, J. (2001). Comparing levels of spiritual well-being in state, catholic and independent schools in Victoria, Australia. *Journal of Beliefs and Values*, 22(1), pp. 113-119.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fischer, J. & Hout, C. (2005). *Chapter 7- How Americans Prayed: Religious Diversity and Change*. Obtido em 15 de October de 2012, de http://ucdata.berkeley.edu/rsfcensus/papers/Fischer-Hout_Ch7_June05.pdf.
- Fisher, J. (2007). It's time to wake up and stem the decline in spiritual well-being in Victorian schools. *International Journal of Children's Spirituality*, pp. 165-77.
- Fisher, J. (2010). Development and application of spiritual well-being questionnaire called SHALOM. *Religions*, pp. 105-121.
- Fisher, J. (2010 a). *Spiritual health: Its nature, and place in the school*. Melbourne. Victoria: Melbourne University Custom Book Centre.
- Fleck, M., Borges, Z., Bolognesia, G., & Rocha, N. (2003). Fleck, M., Borges, Z., Bolognesia, G., & Rocha, N. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista Saúde Pública*, 37(4).
- Francis, L. Ziebertz, H. & Lewis, C. (2003). The relationship between religion and happiness among German students. *Pastoral Psychology*, 51, 273–281.
- Freire, S. (2000). Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In A. L. Neri; S. A. Freire. *E por falar em boa velhice*, 21-31. Campinas: Papyrus.
- Fornell, C. & Larcker, D. (1981). Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. *Journal of Marketing Research* 18: 39-50.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), pp. 218-226.
- Gall, T. (2003). Religious and spiritual attributions in older adults' adjustment to illness. *Journal of Psychology and Christianity*, 22, pp. 210-22.
- Gall, T., Charbonneau, C., Clarke, N., & Grant, K. (2005). Understanding the nature and role of spirituality in relation to coping and health: a conceptual framework. *Canadian Psychology*, pp. Vol. 46, Iss. 2, p. 88-104 (17 pp.).
- Gameiro, S; Carona, C.; Pereira, M.; Canavarro, M.C.; Simões, M.; Rijo, D; Vaz Serra, Adriano. Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 9, n. 1, p. 103-112, 2008.
- Ganga, N. & Kutty, R.(2012). Influence of religion, religiosity and spirituality on positive mental health of young people. *Mental Health & Culture*, Vol.16(4) doi: 10.1080/13674676.2012.697879.
- Gardete Correia, L. et al (2013). *Diabetes: factos e números 2013*. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes., Lisboa.
- Gardete Correia, L., Boavida, J., Massano Cardoso, S., Duarte Sequeira, J., D., M. J., & al, e. (2010). *Diabetes: factos e números 2010: Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa.
- Gartner, J. (1991). Religious commitment and mental health: A review of the empirical literature. *Journal of Psychology and Theology*, 19(1), pp. 6-25.
- George, L., Larson, D., Koenig, H., & Mccullough, M. (2000). Spirituality and health: what we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, pp. 102-106.
- George, L., Ellison, C. & Larson, D. (2002). Explaining the relationships between religious involvement and health, *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*. Vol.13-3 pp. 190-200. doi: 10.1207/S15327965PLI1303_04.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gois, C., Akiskal, H., Akiskal, K., & Figueira, J. (2012). The relationship between temperament, diabetes and depression. *Journal Affect Disord.*
- Gois, C., Dias, V., Raposo, J., Carmo, I., & Barbosa, A. (2012). Vulnerability to stress, anxiety and depressive symptoms and metabolic control in type 2 diabetes. *Biomed.*
- Gois, C., Dias, V., Carmo, I., Duarte, R., Ferro, A., Santos, A., ... Barbosa, A. (2014). Treatment response in type 2 diabetes patients with major depression. *Clin Psychol Psychother*, Vol. 21, pp. 39-48.
- Golden, S. (2007). A Review of the Evidence for a Neuroendocrine Link Between Stress, Depression and Diabetes Mellitus, Source: Current Diabetes Reviews, Volume. (P. B. Publishers, Ed.) *Current Diabetes Reviews*, pp. 252-259 Publisher.
- Golden, S. (2008). Examining a bidirectional association between depressive symptoms and diabetes. *Jama*, pp. 2751-2759.
- Gomez, R., & Fisher, J. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35, pp. 1975–1991.
- Gomez, R.; Fisher, J. (2005a). Item response theory analysis of the spiritual well-being questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 39, pp. 1383–1393.
- Gomez, R., & Fisher, J. (2005 b). The spiritual well-being questionnaire: Testing for model applicability, measurement and structural equivalencies, and latent mean differences across gender. *Personality and Individual Differences*, 39(8), pp. 1383-1393.
- Gonzalez, J. (2011). Depression in diabetes: How we been missing something important? *Diabetes Care*, 34, nº1.
- Gouveia, M., Pais-Ribeiro, J., & Marques, M. (2008). Adaptação Portuguesa do Questionário de Bem Estar Espiritual: resultados psicométricos preliminares. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.423-427) Lisboa: Ispa edições.
- Gouveia, M. (2009). Versão Portuguesa do Questionário de Bem-Estar Espiritual (SWBQ): Análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicologia, Saúde e Doenças*, pp. 10 (2), 285-293.
- Gouveia, M., Ribeiro, J., Marques, M. (2012). Estudo da invariância fatorial do Questionário de Bem-estar espiritual (SWBQ) em praticantes de Atividades Físicas de Inspiração Oriental. *Community & Health pch.psychopen.eu | 2182- Psyc.*
- Graça, L. (2002). Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos150.html#2>. Auto-percepção do estado de saúde. Obtido em 21 de Outubro de 2011, de A auto-percepção do estado de saúde da população trabalhadora .
- Group, M. (2003). <https://www.gem-beta.org/public/DownloadMeasure.aspx?mid=1155>. Obtido em 15 de July de 2012.
- Gruber, J. (2005). Religious market structure, religious participation, and outcomes: Is religion good for you? *NBER working paper*.
- Hacney, C., & Sanders, G. (2003). Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42-1, pp. 43-55.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. & Black, W. (1998). *Multivariate Data Analysis* (5ª ed.). New Jersey: Prentice-Hall International, Inc.
- Hair Jr, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L., & Black, W.C. (2005). *Análise multivariada de dados* (5ª

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Hall, D., Koenig, H., & Meador, K. (2004). *Conceptualizing "Religion": How language shapes and constrains knowledge in the study of religion and health*. Obtido em 18 de September de 2012, de <http://muse.jhu.edu>.
 - Halman, L., & Draulans, V. (2006). How secular is Europe? *Br J Sociol*.
 - Hasnain, N., Ansari, S. A., & Samantray, S. (2011). Spirituality and Happiness as Correlates of Well-being in Religious Women. *European Journal of Social Sciences*, 20, Number 3, pp. 431-442.
 - Hawks, S. (1994). Spiritual health: Definition and theory. *Wellness Perspectives*, pp. 10, 3–13.
 - Helson, R., & Srivastava, S. (2001). Three paths of adult development: conservers, seekers and achievers. *Journal of personality and social psychology*, 80, pp. 995-1010.
 - Hervieu-Léger Danièle, L. p. (2000). http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsoc_0035-2969_2000_num_41_2_5283. Obtido em 15 de October de 2012.
 - Hill, P., & Hood, R. (1999). *Measures of religiosity*. Birmingham, A.L.: Religious Education Press.
 - Hill, P., Pargament, K., Hood, R., McCullough, M., Swyers, J., Larson, D., & Zinnbauer, B. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality , points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30, pp. 51-77.
 - Hill, P. & Pargament, K. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: implications for physical and mental health. *Psychology of Religion and Spirituality*, 58, pp. 3-17. <http://dx.doi.org/10.1037/1941-1022.S.1.3>.
 - Hill, P. & Maltby, L. (2009). Measuring religiousness and spirituality: Issues, existing measures, and the implications for education and well-being. In M. de Souza et al (eds). *International Handbook of education for spirituality, care and wellbeing*, Chapter 2 (pp. pp. 33-50). New York: Springer.[doi:10.1007/978-1-4020-9018-9-3](https://doi.org/10.1007/978-1-4020-9018-9-3).
 - Honoré, B. (2002). *A saúde em projecto*. Loures: Lusociência.
 - http://espace.library.uq.edu.au/eserv/UQ:158712/Aird_Full_thesis.pdf. (2007). Obtido em 12 de dezembro de 2012, de Religion, spirituality, and mental health and social behaviour in young adulthood: A longitudinal study.
 - <http://publico.pt/sociedade>. (29 de Dezembro de 2010). Obtido em 21 de Maio de 2011, de <http://publico.pt/sociedade/noticia/sistemas-de-saude-tem-de-se-adaptar-a-epidemia-das-doencas-cronicas-defende-francisco-george-1470192>.
 - <http://www.ine.pt>. (2005). Obtido em 19 de Julho de 2011, de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=73184&DESTAQUESmodo=2.
 - <http://www.spd.pt/images/relatorioanualdiabetes%20fev%202011.pdf>. (2010). Obtido em 22 de Novembro de 2011, de Observatório Nacional da Diabetes. Diabetes: factos e números 2010.
 - Hybels, C., Blazer, D., George, L., & Koenig, H. (2012). The Complex Association Between Religious Activities and Functional Limitations in Older Adults. *The journal of gerontology*.
 - Hohaus, L., Berah, E. (1996). Stress, achievement, marriage and social support: effects on the psychological well-being of physicians entering mi-life/mid-career. *Psychology and Health*, 11, 715-731.
 - *IDF (International Diabetes Federation) 2010. Brussels: IDF. Viewed 1 June 2010,*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <http://da3.diabetesatlas.org/>. (s.d.).
- IDF. (2012). http://www.idf.org/sites/default/files/IDF_EUR_5E_Upda. Obtido em 15 de Dezembro de 2012, de www.idf.pt.
 - Idler, E. (2003). Measuring multiple dimensions of religion and spirituality for health research: Conceptual background and findings from the 1998 General Social Survey. *Research on Aging*, 25, pp. 327-365.
 - Idler, E. (1995). Religion, health, and non-physical senses of self. *Social Forces*. 74(2).pp683-704.doi:10.2307/2580497.
 - Instituto Nacional de Estatística, IP. Portal de internet para acesso à informação produzida. (s.d.). Obtido em 21 de Novembro de 2012, de pelo INE. Disponível em: <http://www.ine.pt>.
 - Instituto Nacional de Estatística, IP., Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. (Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: INE/INSA, 2009.).
 - Instituto Nacional de Estatística(Ed.)(2011) Censos: resultados difintivos Portugal.
 - Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health. *Journal of Occupational Medicine*, 1- Issue 10, p. 565.
 - Johnson, T., Sheets, L., & Kristeller, J. (2008). Empirical Identification of Dimensions of Religiousness and Spirituality. 11, nº8, 747-767.
 - Jung, C. (1930-191). As etapas da vida humana. In *Obras completas de C.G. Jung: A dinamica do inconsciente* (Vol. VIII, pp. 405-421). Petrópolis: Vozes.
 - Kaplan, B., Munroe-Blum, H. & Blazer, D. (1994) Religion, health, and forgiveness: Traditions and challenges. In Levin,J. *Religion in Aging and Health: Theoretical Foundations and Methodological Frontiers*. (pp. 52-77). Thousand Oaks, CA, Sage. Online Pub. Date: December 20, 2013 | doi:<http://dx.doi.org/10.4135/9781483326641>.
 - Kha Vo, P., tavenor, M., Rodgers, B., Banks, E., Bauman, A., Byles, J. (2014). Retirement, age, gender and mental health:findings from the 45 and up study. *Aging & Mental Health*, 19:7, 647-657, doil: 10.1080/13607863.2014.962002.
 - Keyes, C., & Lopez, S. (2002). Toward a science of mental health positive directions in diagnosis and interventions. In *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59). New York: Snyder and Lopez.
 - Keyes, C., Shmotkin, D., & Ryff, C. (2002). optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, nº6, pp. 1007-1022.
 - King, M. a. (2000). Social desirability bias: a neglected aspect of validity testing. *Psychology and Marketing*.
 - King, M. B., & Koenig, H. G. (2009). Conceptualising spirituality for medical research and health service. *This article is available from: http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/116, 9:116*.
 - Kirkpatrick, L. (1995). Attachment theory and religious experience. In I. R. Jr, (Ed), *Handbook of religious experience* (pp. 446-475). Birmingham, AL: Religious Education Press.
 - Kirkpatrick, L., Shillito, D., & Kellas, S. (1999). Loneliness, social support and perceived relationships with God. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16, pp. 513-22.
 - Klein, C., & Albani, C. (2001). Religiosität und psychische Gesundheit. *Religion-Spiritualität*, pp. 212-242.
 - Klyne, R. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York-USA: :Guilford

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Press.
- Knol, M., Twisk, J., Beckman, A., Heine, R., Snock, F., & Power, F. (2006). Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia*, 49(5), pp. 837-45.
 - Koenig, H., Ford, S., George, L., & al, e. (1993). Religion and anxiety disorder, Journal. *Journal of Anxiety Disorder*, 7, pp. 321-342.
 - Koenig, H., Pakerson, J., Meador, K. (1997). Religion index for psychiatric research. *Am J Psychiatry*. Jun;154 (6):885-6.
 - Koenig, H. (1998). Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(4), pp. 213-224.
 - Koenig, H., George, L., & Peterson, B. (1998a). Religiosity and Remission of Depression in Medically Ill Older Patients. pp. 536-542, issue 4, vol.155.
 - Koenig. (1998 b). *Handbook of Religion and Mental Health*. San Diego: Academic Press.
 - Koenig, H., McCullough, M. & Larson, D. (2001). *Handbook of Religion and Health*. Oxford University. ISBN: 0-19-511866-9.
 - Koenig, H. & Larson, D. (2001a). Religion and mental health: Evidence for an association. . *International Review of Psychiatry*, pp. 13, 67–78.
 - Koenig, H. (2002). *Spirituality in patient care: why, how, when and what*. Philadelphia: Templeton Foundation Press.
 - Koenig, H. (2004). Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice. *Southern Medical Journal • Volume 97, Number 12, December 2004*.
 - Koenig, H. (2007). Religion, spirituality and medicine in Australia: research and clinical practice. *MJA*, p. Volume 186 Number 10.
 - Koenig, H. (2009). Research on religion, spirituaity and mental health: a review. *Can.Journal Psychiatry*, 54, pp. 283-291.
 - Koenig, H., Bussing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): a five item measure for use in epidemiological studies. *Religions*, 1, 78-85. doi:10.3390/rel1010078.
 - Koenig, H. (2011). *Spirituality and Health Research: Methods, Measurement, Statistics, and Resources*. Philadelphia, PA: Templeton Foundation Press.
 - Koenig, H., King, D., Carson, V. (2012). *Handbook of religion and health*. New-York: 2^aed.Oxford University Press.
 - Koenig, H. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. (I. Psychiatry, Ed.) *International Scholarly Research Notices*, Article ID 278730, p. 33 pages.
 - Koenig, H., King, D., Carson, V. (2012). *Handbook of Religion and Health*. 2^aed. Oxford. : Oxford University Press.
 - Kraaij, V., Wilde, E. (2010). Negative life events and depressive symptoms in the elderly: A life span perspective. *Aging and mental health* vol.5(1), pp 84-91. doi: 10.1080/13607860020020681.
 - Krause, N. (2004) Religion, aging, and health: Exploring new frontiers in medical care. *Southern Medical Journal*. 97:12, 1215(8).
 - Krause, N. (2004). Religion, aging, and health: exploring new frontiers in medical care. *South Med J.*, pp. 1215-22.
 - Landis, B. (1996). Uncertainty, Spiritual Well-Being, and Psychosocial Adjustment to Chronic Illness.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- University of Texas: School of Nursing, pp. 217-231.
- Larson, D., & McCullough, M. (1998). National Institute for Healthcare Research. *Scientific research on spirituality and health: a report based on the scientific Progress in Spirituality Conferences*.
 - Lazarus, R. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
 - Lee, E., Zahn, A. & Baumann, K. (2011). Religion in psychiatry and psychotherapy? A pilot study: The meaning of religiosity/spirituality from staff's perspective in psychiatry and psychotherapy. *Religions*, 2(4), pp. 525-535.
 - Levin JS, M. K. (1996). Religious attendance and psychological well-being in Mexican Americans: A panel analysis of three-generations data.
 - Levin JS, C. (1998). Religion, health, and psychological well-being in older adults: findings from three national surveys. *J Aging Health*, pp. 504-31.
 - Levin, J. (2010). Religion and Mental Health: Theory and Research. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*.
 - Levin, J. (2011). Religion and Psychological well-being and distress in Israeli Jews: Findings from the Gallup World Poll. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, Vol. 48 - No 4.
 - Levin, J. & Chatters, L. (1998). Religion, health and psychological well-being in older adults. *Journal of Aging and Health*, 10, 504–531.
 - Lewis, C., Maltby, J., & Burkinshaw, S. (2000). Religion and happiness: still no association. *Journal of Beliefs and Values*, 21, 233–236.
 - Lewis, C., & Cruise, S. (2006). Religion and happiness: Consensus, contradictions, comments and concerns. *Mental Health, Religion & Culture*, 9, pp. 213-225.
 - Lewis, C., Lanigan, C., Joseph, S., & de Fockert, J. (1997). Religiosity and happiness: No evidence for an association among undergraduates. *evidence for an association among undergraduates*, pp. 119–121.
 - Livneh, H., & Richard Antonak. (2005). Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability: A Primer for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, pp. 12-20.
 - Lucchetti G., A. (2010). Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Rev Bras Clin Med.*, pp. 154-8.
 - Lucchetti, G., Granero, A., Bassi, R., & Latarroca, R. (2010). Spirituality in clinical practice: what should the general practitioner know? *Rev. Soc. Bras. Clin Médica*, 58, pp. 154-8.
 - Lucchetti, G., & Peres, M. (2011). Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *J Rehabil Med.*, pp. 316-22 (43).
 - Lucchetti, G., Lucchetti, A., Bassi, R., Nasri, F., & Nacif, S. (2011). O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, 14(1).
 - Lucchetti, G., Granero, A., Peres, M., Leão, F., Moreira-Almeida, A., Koenig, H. (2012). Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). *J. Relig. Health*, 51(2). pp. 579-86. doi: 10.1007/s10943-010-9429-5.
 - Lustman, P., & Clouse, R. (2005). Depression in diabetic patients: The relationship between mood and glycemic control. *Journal of Diabetes and its Complications*, Volume 19, Issue 2, pp. 113–122.
 - Mochon, D., Norton, M., Ariely, D. (2011). Who Benefits from Religion?. *Soc. Indic. Res.* 101:1-15 DOI

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 10.1007/s11205-010-9637-0.
- MacCallum, R., & Austin, J. (2000). Applications of Structural Equation Modeling in Psychological Research. *Annu. Rev. Psychol.*, 51, pp. 201-226.
 - MacLeod, A. & Moore, R. (2000). Positive thinking revisited: positive cognitions, well-being and mental health. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, pp. 1-10.
 - Mahoney, A., Pargament, K. I., Tarakeshwar, N., & Swank, A. B. (2001). Religion in the home in the 1980s and 1990s: A meta-analytic review and conceptual analysis of links between religion, marriage, and parenting. *Journal of Family Psychology*, pp. 559–596.
 - Maltby J., Lewis, C. & Day, L.. (1999). Religious orientation and psychological well-being: The role of the frequency of personal prayer. *British Journal of Health Psychology*, pp. 363–78.
 - Maltby, J., & Day., L. (2000). Depressive symptoms and religious orientation: Examining the relationship between religiosity and depression within the context of other correlates of depression. *Personality and Individual Differences*, pp. 383–93.
 - Manderscheid, R., Ryff, C., Feeman, E., Mcknight, L., Dhingra, S., & Strine, T. (2010). Evolving definitions of mental illness and wellness. *Prev. Chronic Dis.*, 7(1).
 - Marmot M. (2010). Fair society healthy lives: The Marmot Review. London: The Marmot Review Team.
 - Maroco, J. & Garcia Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de cronbach?- questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), pp. 65-90.
 - Maroco, J. (2010). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Silabo, 3ªed.
 - Marques, L. A. (2014). Instrumentos de mensuração da religiosidade/espiritualidade (R/E) e seus construtos. *Rev. Pistis Prax., Teol. Pastor*, pp. 107-126.
 - Maslow, A. (1968). *Introdução à psicologia do ser*. Brasil: Digital Source.
 - Maslow, A. (1968/1972). *Vers uns psychologie de l'etre* (trad.). Paris: Arthème Fayard.
 - Maton, K. (1989). The stress-buffering role of spiritual support: Cross-sectional and prospective investigations. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 28, pp. 310-323.
 - Maturana, H. R. (2001). *Cognição, ciência e vida cotidiana*. Belo Horizonte: Ed. UFMG; Org. Cristina Magro e Victor Paredes.
 - MacCallum, R. & Austin, J. (2000). Applications of Structural Equation Modeling in *Psychological Research*. *Annu. Rev. Psychol.*
 - McCullough, M., & Willoughby, B. (2009). Religion, Self-Regulation, and Self-Control: Associations, Explanations, and Implications. *Psychological Bulletin American Psycho.*
 - McIntosh, D., Silver, R., & Wortman, C. (1993). Religion's Role in Adjustment to a Negative Life Event: Coping With the Loss of a Child. *Journal of Personality and Social Psychology*, pp. Vol 65. No. 4. 812-821.
 - McIntosh, D., Poulin, M., Silver, R., & Holman, E. (2011). The distinct roles of spirituality and religiosity in physical and mental health after collective trauma: a national longitudinal study of responses to the 9/11 attacks. *J Behav Med*.
 - McKee, D., & Chappel, J. (1992). Spirituality and medical practice. *Journal of Family Practice*, 35(2), pp. 205-208.
 - McNulty, K., Livneh, H., & Wilson, L. M. (May de 2004). Perceived Uncertainty, Spiritual Well-Being,

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- and Psychosocial Adaptation in Individuals With Multiple Sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, pp. Vol 49(2), 91-99. <http://dx.doi.org/10.1037/0090-5550.49.2.91>.
- Meezenbroek, E., Garssen, B., Berg, M., Dierendonck, D. , Visser, A., & Schaufeli, A.. (2012). Measuring Spirituality as a Universal Human Experience: A Review of Spirituality Questionnaires. *51(2)*, 336-354.
 - Menéndez, A. (2007). Religiosidade e valores em Portugal: comparação com a Espanha e a Europa católica. *Análise Social, XLII*, pp. 757-787.
 - Mezuk, B., Eaton, W., Albrech, S., & Golden, S. (Dec de 2008). Depression and Type 2 Diabetes Over the Lifespan: a meta-analysys. *Diabetes Care*, pp. 2383-90.
 - Ministério da saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Direcao Geral da Saúde. Lisboa.
 - Ministério da Saúde (2004). Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas. Direccao Geral da Saúde. Lisboa.
 - Ministério da saúde (2007). Recomendações acerca da prevenção da depressão. [online] Available: <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+Portugal/noticias/arquivo>.
 - Miller, W. & Thorensen, C.(2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American Psychologist, 58*, pp. 24-35.
 - Miller, L., & Kelley, B. (2005). Relationships of religiosity and spirituality with mental health and psychopathology. In R. Paloutzian, *Handbook of psychology of religion and spirituality* (pp. 460-478). New-York: Guilford.
 - Miller, A., Stark, R. (2002). Gender and religiousness: Can Socialization Explanations be saved? *AJS* Volume 107 Number 6 : 1399–1423.
 - Miller, G. & Foster, L. (2010). *Critical syntesis of wellness literature*. Obtido de <http://www.geog.uvic.ca/wellness>.
 - Moberg, D. (1971). *Spiritual Well-Being: Background and Issues*. Washington, DC, USA: White House Conference on Aging.
 - Moberg, D. (2002). Assessing and mesuring spirituality: confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. *Journal of Adult Development*, pp. 47-60.
 - Moberg, D. (2008). Spirituality and aging: Research and implications. *Journal of Religion, Spirituality and Aging*.
 - Mohan, D. (2006). Some thoughts on spirituality and eudaimonic well-being. *Mental Health, Religion & Culture, 9 (3)*, pp. 227-238.
 - Molzahn, A., & Sheilds, L. (2008). Why is it so hard to talk about spirituality? *Can. Nurse, 105*, pp. 25-29.
 - Moreira-Almeida, A., Neto, F., & Koenig, H. (2006). Religiousness and mental health. *Revista Brasileira De Psiquiatria, 28(3)*, pp. 242-250.
 - Moreira-Almeida, A. & Koenig, H. (2006). Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's "a cross-cultural study of spirituality . *Soc Sci Med. 2006; 63(4):843-5.*, pp. 63(4):843-5.
 - Myers, D., Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science* vol. 6 no. 1.pp. 10-19 doi: 10.1111/j.1467-9280.1995.tb00298.x.
 - Myers, D. (2000). The Funds, friends, and Faith of Happy People. *American Psychologist*, pp. 56-67.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Narayanasamy, A. (1999 a). A review of spirituality as applied to nursing. *Internacional Journal of Nursing Studies*, pp. 117-125.
- Narayanasamy, A., & Ellis, H. (2009). An investigation into the role of spirituality in nursing. *British Journal of Nursing.*, Vol. 18, nº 14, pp. p. 886-890.
- Neugarten, B. (1973). Personality change in late life: A developmental perspective. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The Psychology of Adult Development and Aging*, (pp. 311-335). Washington: American Psychological Association.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model*. Boston.
- Nichols, L., & Hunt, B. (2011). Nichols, L., & Hunt, B. (2011). The significance of spirituality for individuals with chronic illness: Implications for mental health counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 33, pp. 51-66.
- Norenzayan, A. & Shariff, A.(2008). The origin and evolution of religious prosociality. *Science* 322(58), 58–62.
- Nouwen, A., Winkley, K., Twisk, J., Lloyd, C., Peyrot, M., Ismail, K., et al. (2010). Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the on set depression: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*, pp. 2480-2486.
- Novo, R., Duarte Silva, E., Peralta, E. (1997). O bem-estar psicológico em adultos: Estudo das características psicométricas da versão portuguesa das escalas de C. Ryff. *Avaliação psicológica: Formas e Contextos* (5). pp 313-324.
- Novo, R. (2003). *Para além da eudaimonia: o bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. . Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Novo, R. F. (2005). Bem-Estar e Psicologia: Conceitos e Propostas de Avaliação. *RIDEP · Nº20 · Vol. 2*, pp. 183-203.
- O'Bryant, S.; Morgan, L. (1990). Recent widows' kin support and orientations to self-sufficiency. *The Gerontologist*, 29 (6), 798-803.
- O` Brien, M. (1999). *Spirituality in Nursing. Standing on Holy Ground*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- O'Brien, M. (2003). *Spirituality in Nursing: Standing on holly ground*. Boston: Bartlett Publishers.
- Olinsky, A., Chen, S., & Harlow, L. (2003). The comparative efficacy of imputation methods for missing data in structural equation modelling. *European Journal of Operational Research*(151), 53-79.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Lisboa: Conselho Internacional de Enfermagem.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. OMS.
- Pais-Ribeiro, J. (2001). Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa.
- Pais-Ribeiro, J. (2005). O importante é a saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do Estado de Saúde – SF-36. Merck Sharp & Dohme.
- Paiva, G. (1998). AIDS, psicologia e religião: O estado da questão na literatura psicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14, 27-34.
- Paloutzian, R., & Ellison, C. (1982). *Loneliness, spiritual well-being and the quality of life.*, *Loneliness: A sourcebook of current theory*. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.).
- Pan, A., Lucas, M., Sun, Q., VanDam, R., Franco, O., Manson, J....Hu, F. (2010). Bidirectional

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- association between depression and type 2 diabetes mellitus in women. *Archives of Internal Medicine*, 170(21):1884–91.
- Paraschiva, P., & Turluk, M. (2011). Ways of approaching religiosity in psychological research. *The Journal of International Social Research*, 4.
 - Pargament, K. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
 - Pargament, K., Smith, B. W., & Koenig, H. (1998). Positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, pp. 710–724.
 - Pargament, K. (1999). Religious/Spiritual Coping. *Multidimensional Measurement of Religiousness/spirituality for use in Health Research*. USA: Fetzer Institute/Nacional Institute on Aging Working Group.
 - Pargament, K. (1999a). The Psychology of religion and spirituality? Yes and no. *International Journal for Psychology of religion*, 9, pp. 3-16.
 - Pargament, K. (2002). Is religion nothing but...?Explaining religion versus explaining religion away. *Psych. Inq.*, 13, pp. 239-244.
 - Pargament, K. (2007). *Spirituality Integrated Psychotherapy: Understanding and Addressing the Sacred*. New York, NY, USA: Guilford.
 - Pargament, K. (2008). Is religion good for your health?It depends. *Presentation to Heritage Foundation*.
 - Pasquier, F., Boulogne, A., Leys, D., Fontaine, P. (2006). Diabetes mellitus and dementia. *Diabetes and Metabolism*, 32 (5 Pt1), pp. 403-414.
 - Paúl, Constança (1992) Satisfação de vida em idosos. *Psycologica*, 8, 61-80.
 - Paúl, Constança (1997). Lá para o fim da vida. Coimbra. Livraria Almedina.
 - Paúl, Constança. (2005) "Envelhecimento activo e redes de suporte social." *Sociologia* 15: pp 275-287.
 - Paúl, Constança, Fonseca, A., Martin, I., Amado, J (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C.Paúl e A. Fonseca (coord.), *Envelhecimento em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
 - Plante T, Yancey S, Sherman A, Guertin M, Pardini D. Further (1999) validation for the Santa Clara strength of religious faith questionnaire. *Pastoral Psychology*.; 48(1):11–21.
 - Plante T, Vallaey C, Sherman A, Wallston K. (2002)The development of a brief version of the Santa Clara strength of religious faith questionnaire. *Pastoral Psychology*. 50(5):359–368.
 - Plante, T.(2009). *Spiritual Practices in Psychotherapy:thirteen tools for enhancing psychological health (2009)*. *American Psychological Association*.
 - Pearce, L. & Axinn, W. (1998). The impact of family life on the quality of mother-child relations. *American Sociological Review*. vol 63pp-810-828.
 - Peterman, A. & Hernandez, L. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy-spiritual well-being Scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine*, pp. 49–58.
 - Peterman, A., Fitchett, G., Brady, M., Hernandez, L., & Cella, D. (2003). Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy spiritual well-being

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- scale (FACIT-sp). *Annals of Behavioral Medicine*, pp. Volume 24, Issue 1, pp 49-58.
- Peterson, L., & Roy, A. (1985). Religiosity, anxiety, and meaning and purpose. *Review of Religious Research*, 27, pp. 49-62.
 - Petruta-Paraschiva, M.-N. (2011). Ways of approaching religiosity in psychological research. *The Journal of International Social Research*, Volume: 4 Issue: 18.
 - Peyrot, M. & Rubin, R. (1997). Levels and risks for depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care*, pp. 585-90.
 - Piedmont, R., Ciarrochi, J., Dy Liacco, G, Williams, J. (2009). The empirical and conceptual value of the spiritual transcendence and religious involvement scales for personality reserach. *Psychology of religion and spirituality*, 1(3), pp. 162-179.
 - Pinto, A.(2012). O catolicismo em Portugal- Estatísticas. *Brotéria*, pp. 317-321.
 - Plante, T. (2001). *Faith and health: psychological perspectives*. New York: Guilford Press.
 - Plante, T. (2009). *Spiritual Practices in Psychotherapy: Thirteen Tools for Enhancing Psychological Health*. American Psychological Association.
 - Plante, T. (2012). *Religion, Spirituality, and Positive Psychology: Understanding the psichological fruits of faith*. ISBN: 978-0-313-39845-2.
 - PORDATA. (2011). Obtido de <http://www.pordata.pt/Portugal>.
 - Rabasquinho, C. & Pereira, H. (2007). Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica. *Análise Psicológica*, pp. 439-454.
 - Rego, A.(2009). O processo de avaliação dos níveis de bem-estar espiritual: um contributo para a sua validação. *Cadernos de saúde*, vol 1 (2), pp. 199-204.
 - Reitsma, J., Pelzer, B., Scheepers, P., & Schilderman, H. (2012). Believing and belonging in Europe: cross national comparisons of longitudinal trends (1981-2007) and determinants. *Eupeas societies*, p. Vol.14; issue 4.
 - Robbins, M. & Francis, L. (1996). Are religious people happier?: A study among undergraduates. *Research in Religious Education*,, pp. 207–217.
 - Rodríguez-López, A. (1997). Prevención en salud mental y antropología cultural. (L. F.-R. G. Buela-Casal, Ed.) *Psicología preventiva: Avances recientes en técnicas y programas de prevención*, pp. pp. 97-104.
 - Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Ed. Moraes.
 - Rose, E. & Westefeld, J. A. (2001). Spiritual issues in counselling; clients beliefs and preferences. *Journal of Counselling Psychology*, 48, pp. 61-69.
 - Rosmarin, D., Wachholz, A., & Ai, A. (2011). Beyond descriptive reserach:advancing the study of spirituality and health. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(6), pp. 409-413.
 - Ross, A. (1967). [http://phd.mshaffer.com/projects/religiosity/Religious Orientation Scale.pdf](http://phd.mshaffer.com/projects/religiosity/Religious%20Orientation%20Scale.pdf) . Obtido em 20 de November de 2012.
 - Roxas, M., Stoneback, J. (2004). The importance of gender across cultures in ethical decision-making *Journal of Business Ethics* 50 (2):149-165.
 - Ryff, C. & Singer, B. (1998). The Contours of Positive Human Health. *Psychological Inquiry*, 9(1), pp. 1-28.
 - Ryff, C. (1989 a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- aging. *International Journal of Behavioral Development*, 12, pp. 35-55.
- Ryff, C. (1989 b). In the eye of the beholder: Views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, pp. 19-210.
 - Ryff, C. (1989 c). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, pp. 1069-1081.
 - Ryff, C., & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), pp. 719-727.
 - Sacks, D. (2011). Guidelines and Recommendations for Laboratory Analysis in the Diagnosis and Management of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, pp. USA. Obtido em 15 de Abril de 2012, de <http://www.diabetes.org/>.
 - Saffari, M., Zeidi, I., Pakpour, A., & Koenig, H. (2012). Psychometric Properties of the Persian Version of the Duke University Religion Index (DUREL): A Study on Muslims. *J Relig Health*.
 - Santos, A. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência & Saúde Coletiva*, pp. 1177-1182.
 - Saúde, D. G. (2010). <http://pns.dgs.pt/files/2010/09/ddc.pdf>. Obtido em 18 de Maio de 2011, de www.dgs.pt.
 - Saúde, D. G. (2011). Obtido de Plano Nacional de Saúde 2012-2016.
 - Saúde, m. d. (2009). <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/DA51281C>. Obtido em 9 de Setembro de 2011, de www.portaldasaude.pt.
 - Saúde, P. d. (2008). Obtido de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4747F2BE-D534-4983-9A94-C5B7066C9731/0/i012326.pdf>.
 - Sequeira, A., Silva, M. (2002). O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3 (XX), 505-516.
 - Schafer, W. (1977). Religiosity, spirituality and personal distress among college students. *Journal of college student development*, pp. 633-644.
 - Scheffel, R., Bortolanza, D., Weber, C., Costa, L., & al, e. (2004). Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2. *Rev Assoc Med Bras*, 50(3), pp. 263-7.
 - Shedler, J., Mayman, M., Manis, M. The illusion of mental health. (1993). *American Psychologist*, Vol 48(11), 1117-1131 <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.48.11.1117>.
 - Schilderman, H. (2012). The concept of Religion: Defining and measuring contemporary beliefs and practices. Nijmegen, Stadsregio Arnhem- Nijmegen, Holanda.
 - Schmitz, N., Gariépy, G., Smith, K., & al, e. (2014). Response to Comment on Schmitz et al. Recurrent Subthreshold Depression in Type 2 Diabetes: An Important Risk Factor for Poor Health Outcomes. *Diabetes Care*, 37, pp. 970-978.
 - Schnall, E., & SmollrGoodwin, M. (2010). The relationship between religion and cardiovascular outcomes and all-cause mortality in women's health initiative observational study. *Psychology and Health*, 25, n°2, pp. 249-263.
 - Schumacker, R. (1996). *A beginner's guide to structural equation modeling*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
 - Seeman, T. (2003). Religiosity/spirituality and health: a critical review of the evidence biological

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- pathways. *American Psychologist*, 58, pp. 53-63.
- Seifert, L.(2002). Toward a psychology of religion, spirituality, meaning-search and aging: Past research and a practical application. *Journal of Adult Development*, 9(1), pp. 61-70.
 - Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). *Positive psychology: An introduction*. *American Psychologist*, 55, pp. 5-14.
 - Seligman, M. (2003). Flourishing: Positive psychology and the life well lived. Keyes, & J. Haidt (Eds.)Washington DC: American Psychological Association.
 - Seybold, K.(2001). The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 21–24.
 - Sher, K. & Trull, T. (1994). Personality and disinhibitory psychopathology: alcoholism and antisocial personality. *J. Abnorm. Psychol.*, 103, 92-102.
 - Shafranske, E.(1990). Clinical psychologists religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, pp. 72-78.
 - Sheldon, K., & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary? *American Psychologist*, 56, nº3, p. 216.
 - Siegers, P. (2010). *Mapping Religious Orientations Across Europe: Church Religiosity, Alternatives Spiritualities and Unbelief. Evidence from the fourth wave of Europe Values Study (2008-2009)*. Obtido em 2 de November de 2012, de <http://www.ecprnet.eu/databases/conferences/papers/121.pdf>.
 - Singer, P. (2005). *Como havemos de viver? A ética numa época de individualismo*.
 - Sloan, R., & Bagiella, E. (1999). Religion, spirituality, and medicine. pp. 664-7.
 - Sloan, R., Bagiella, E., & Powell, T. (1999). Obtido de <http://weblogwikiarchief.ub.rug.nl/ienc.weblog/ienc.weblog.ub.rug.nl/wp-content/uploads/religionmedicineanno.pdf>.
 - Slonim, A., Wheeler, F., Quinlan, K., & Smith, S. (2010). Preventing Chronic Disease. *Public Health Research, Practice and Policy*, pp. vol.7, nº2, A44 in www.cdc.gov/pcd/issues/2010/mar/08_0114.htm • Centers for Disease Control and Prevention.
 - Smith, T., McCullough, M., & Poll, J. (2003). Religiousness and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful Life Events. *Psychological Bulletin*, Vol. 129, No. 4, pp. 614–636.
 - Snoek, F. J., Kersch, N. Y., Eldrup, E., Harman-Boehm, I., & al, N. H. (2011). Monitoring of Individual Needs in Diabetes (MIND): Baseline Data From the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN)MIND Study. *Diabetes care*, 34.
 - Sousa, A. (2006). Controlo metabólico nos doentes diabéticos:o que nos separa das recomendações actuais? *Revista Portuguesa de Diabetes*, 1.
 - Sousa, P. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paul Enfermagem-Especial 70 anos*: 884-94.
 - Sourì, H., Hasanirad, T. (2011). Relationship between Resilience, Optimism and Psychological Well-Being in Students of Medicine, *Social and Behavioral Sciences* 30. 1541 – 1544. Available online at www.sciencedirect.com.
 - Springera, K., Hauser, R., & Freese, J. (2006). Bad news indeed for Ryff's six-factor model of well-being . *Social Science Research*, pp. 1120-1131.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Strawbridge, W. (2001). Religious attendance increases survival by improving and maintaining good health behaviors, mental health, and social relationships.
- Stroppa, A. & Moreira- Almeida, A. (2008). Religiosidade e Saúde. In M. I. Salgado, & G. Freira, *Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina* (pp. 427-443). Belo Horizonte: Inede.
- Sullins, D. (2006). Gender and religion: Deconstructing universality, constructing complexity. *American Journal of Sociology*, 112, pp. 838-80.
- Szaflarski, M. K. (2010). Multidimensional assessment of Spirituality/Religion in patients with HIV: Conceptual framework and empirical refinement. *Journal of Religion and Health*.
- Taylor, A. (2009). *Consensus Statement on Chronic Disease and Psychological Distress*. Obtido de https://health.adelaide.edu.au/pros/docs/reports/report_adepd_consensus_statement.pdf.
- Teixeira, A. (2012). *Identidades religiosas em Portugal: representações, valores e práticas*
- Testerman, J. (1997). Spirituality VS Religion: Implications for the healthcare. *Prepared for the 20th Annual Faith and Learning Seminar*, pp. 293-297.
- Tomasso, C. S., Beltrame, I., & Lucchetti, G. (2011). Comparación de conocimientos y actitudes de los profesores y estudiantes de enfermería frente a las relaciones entre espiritualidad, religión y salud. *Revista Latino Americana de Enfermagem*.
- Triadó, C., Villar, F., Salé, C., & Celdrán, M. (2007). Construct validity of Ryff's scale of psychological well-being in Spanish older adults. *100*, pp. 1151-1164.
- Tsang, J. & McCullough, M. (2003). Measuring religious constructs: A hierarchical approach to construct organization and scale selection. In I. S. Snyder, *Handbook of Positive Psychological Assessment* (pp. 345-360). Washington, D.C: American Psychological Association.
- Vaillant, G. (2000). Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55(1), pp. 89-98.
- Vaillant, G. (2008). Positive Emotions, Spirituality and the Practice of Psychiatry. *Mental Health, Spirituality, Mind, Volume : 6 | Issue : 1 |*, pp. 48-62.
- Vaillant, G. (2012). Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*, 11(2), pp. 93-99.
- Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), pp. 629-644.
- Van Dierendonck, D. &. (2006). Some thoughts on spirituality and eudaimonic well-being. *Mental Health, Religion & Culture*, 9(3), pp. 227-238.
- Vaingankar, J., Subramaiam, M., Lim, Y., Sherbourne, C., Luo, N., Ryan, G., & Chong, S. (2012). From well-being to positive mental health: Conceptualization and qualitative development of an instrument in Singapore. *Quality of Life Research*, 21, 1785-1794. doi:10.1007/s11136-011-0105-3.
- Vavra, T. (1997). Improving your measurement of customer satisfaction: A guide to creating, conducting analyzing and reporting customer satisfaction measurement programs. Milwaukee: ASQ.
- Veit & Ware (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *J Consult Clin Psychol.*; 51(5):730-42.
- Vieira, M. (2007). *Ser enfermeiro: Da compaixão à proficiência*. Lisboa: Campus do saber.
- Slater, W., Hall, T., Edwards, K. (2001). Measuring religion and spirituality: Where are we and where are we going? *Journal of Psychology and Theology.*, vol29, pp 4-21.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Waite, L. & Leher, E. (2009). The benefits from marriage and religion in the United States: a comparative analysis. *Popul Dev Rev. Author manuscript available in PMC*(Published in final edited form as: Popul Dev Rev. 2003 June: 29(2)255-276).
- Walter, T. & Davie, G.(2012). The religiosity of women in the modern west. *The British Journal of Sociology, vol. 49, n^o4, Dec.1998, 640-660.*
- Wang, P. A.-G. (2011). Treated and untreated. In G. S. G. Thornicroft, *Textbook of Community Mental Health* (pp. 50-66). Oxford University Press.
- Wayne J. & Katon, C.(2005). The Association of Comorbid Depression With Mortality in Patients With Type 2 Diabetes. *DIABETES CARE, 28 Number 11.*
- Wayne, K. (2010). Depression and Diabetes: Unhealthy bedfellows. *Depress Anxiety*, pp. 323-326.
- Ware J. (1987). Standards for validating health measures: Definition and content. *Journal of Chronic Diseases ; 40: 473-480.*
- Weinger, K., & Lee, J. (2006). Psychosocial and psychiatric challenges of diabetes mellitus. *Nurs Clin North Am., 41*, pp. 667-80.
- Whitford, H., & Olver, I. (2011). The multidimensionality of spiritual wellbeing: Peace, meaning, and faith and their association with quality of life and coping in oncology. *Psychooncology.*
- Whiting, D., Guariguata, L., Weil, C., & Shaw, J. (2011). IDF Diabetes Atlas: Global estimates of prevalence of diabetes forr 2011-2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, pp. 311-321.
- World Health Organization (1999). Exploding the myths. Ageing and health Programme. Geneve.
- World Health Organization (2002). Active aging. A policy framework. Geneve.
- World Health Organization (2003). Investing in mental health. Geneve.
- World Health Organization (2004a). Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options. Geneve. 269.
- World Health Organization (2004b). Promoting mental health: Concepts emerging evidence practice. Geneve.
- World Health Organization (2005a). Mental Health Declaration For Europe. European Ministerial Conference of Mental Health: Facing the challenges. Building solution.
- World Health Organization (2005b). Mental Health Action Plan For Europe. European Ministerial Conference of Mental Health: Facing the challenges. Building solution.
- WHO. (2001). *The World Health Report 2001: Mental health – New understanding, new hope.*Geneva: World Health Organization;. Geneva: WHO.
- WHO. (2005). Obtido de http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf.
- WHO. (2008). <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>. Obtido de 2008-2013 Action Plan for the Global strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases.
- WHO. (2012). http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/1. Obtido em 10 de agosto de 2012, de www.euro.who.
- WHO. (2013). Obtido de Mental health and older adults: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>.
- WHO. (2014). Obtido de http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/.
- WHO (2008). <http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf>. Obtido em 14 de november de

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 2012, de 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases.
- WHO (2011). <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity>.
 - WHO (2012). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/e>. Obtido em 11 de dezembro de 2012, de www.who.com.
 - Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, 27, nº5.
 - Willoughby, M. (2009). Religion, Self-Regulation, and Self-Control: Associations, Explanations, and Implications. (A. P. Association, Ed.) *Psychological Bulletin*, pp. 1-26.
 - Young, E. (2012). Psychosocial aspects of diabetes mellitus. *African Journal of Diabetes Medicine*, Vol 20 No 1.
 - Zucker, R., Fitzgerald, H., & Moses, H. (1995). Emergence of alcohol problems and the several alcoholisms: a developmental perspective on etiologic theory and life course trajectory. *Developmental Psychopathology*, 2, 677-711.
 - Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation-seeking*. New York: Cambridge University Press.
 - Zullig KJ, Ward RM, Horn T. (2006). The association between perceived spirituality, religiosity, and life satisfaction: The mediating role of self-rated health. *Social Indicators Research* 79(2)255–274. pp. 677-711.
 - Zwingmann, C., Klein, C., & Bussing, A. (2011). Measuring Religiosity/Spirituality: Theoretical Differentiations and Categorization of Instruments. *Religions* 2, 345-357; doi:10.3390/rel2030345, pp. 345-357.

ANEXOS

ANEXO I

Registo das comunicações realizadas a solicitar autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados

Registo das comunicações realizadas, por mail, no sentido de obter autorização e informações relativas aos instrumentos de medida seleccionados e a autorização da comissão de ética.

Escala do Bem Estar Psicológico

De: ANA CRISTINA MIRANDA ROMANO FONTES PEREIRA DE MELO [amelo@esel.pt]

Enviado: quarta-feira, 20 de Outubro de 2010 16:00

Para: Maria Eugénia Duarte Silva

Assunto: Re: Escala de Bem estar psicológico

Boa Tarde Exma Sr^a Professora Maria Eugénia Duarte Silva,

Chamo-me Ana Melo e sou professora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Chego ao seu contacto através do Professor Manuel Gonçalves Pereira que é o meu co-orientador na tese de doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa. Desde já agradeço a sua disponibilidade em me permitir aceder ao seu mail e em me ajudar.

Nas bases de dados electrónicas não consegui aceder ao seu trabalho/artigo onde conste a tradução e validação da escala de Bem Estar Psicológico de Carol Ryff, pelo que estou a incomodá-la no sentido de me orientar na minha pesquisa ou me facultar o instrumento traduzido. Ainda estou num fase em que procuro instrumentos de colheita de dados que avaliem a dimensão da saúde mental no sentido positivo, pelo que cheguei até si.

A minha área de especialidade é saúde mental e gostaria de trabalhar esta dimensão com a espiritualidade em doentes com diabetes tipo 2.

Desde já renovo os meus agradecimentos

Atentamente

Ana Melo

Professora Coordenadora

Departamento de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Avenida D. João II, Lote 4.69-01

1990-096 Lisboa

tel. (+351) 218 912 253 fax. (+351) 218 912 254

e-mail: amelo@esel.pt

De: Maria Eugénia Duarte Silva [meduartesilva@fp.ul.pt]

Enviado: quinta-feira, 21 de Outubro de 2010 10:36

Para: ANA CRISTINA MIRANDA ROMANO FONTES PEREIRA DE MELO

Assunto: RE: Escala de Bem estar psicológico





RE: Escala de Bem estar psicológico

Maria Eugénia Duarte Silva [meduartesilva@fp.ul.pt]

Mensagem reencaminhada em 20-01-2012 15:29.

Enviado: quinta-feira, 21 de Outubro de 2010 10:36

Para: [ANA CRISTINA MIRANDA ROMANO FONTES PEREIRA DE MELO](#)

Anexos:  [Escala de bem estar Ryff R~1.doc \(37 KB\)\[Abrir como Página Web\]](#);  [ESCBEPreduz.doc \(65 KB\)\[Abrir como Página Web\]](#);  [PortugueseWell-BeingScales.doc \(200 KB\)\[Abrir como Página Web\]](#);  [ESCBEP Correspondência dos~1.doc \(20 KB\)\[Abrir como Página Web\]](#)

Cara Ana Melo

As escalas de bem-estar psicológico de C. Ryff foram traduzidas e adaptadas para a língua portuguesa mas não estão aferidas, no sentido de existirem normas portuguesas. Mando, em anexo, três versões das escalas, em número diverso de itens. Mando também a correspondência por dimensão. Terá que ler os artigos da Ryff, para entender no que elas se baseiam. Poderá consultar a tese de doutoramento da Rosa Novo, publicada pela Gulbenkain e que se debruça sobre as escalas e apresenta trabalho sobre elas. Na biblioteca da Faculdade de Psicologia poderá ter acesso a estes materiais. O meu artigo não o tenho em formato electrónico. Há um instrumento que avalia a saúde mental tanto do ponto de vista dos afectos positivos com dos negativos e que tem sido muito útil nas investigações. Tem 38 itens. Poderá encontrá-lo na Revista Psicologia Saúde & Doenças, vol. 2, nº 1 de 2000. O artigo é de José Luís Pais Ribeiro.

Cumprimentos

Maria Eugénia Duarte Silva

De: ANA CRISTINA MIRANDA ROMANO FON Melo [amelo@esel.pt]

Enviado: segunda-feira, 10 de Outubro de 2011 12:25

Para: Maria Eugénia Duarte Silva

Assunto: RE: Escala de Bem estar psicológico

Bom dia Professora Maria Eugénia Duarte Silva,

Chego novamente ao seu contacto, e já com um ano decorrido, mas só agora discuti o projecto de doutoramento. Lamento estar novamente a incomodar mas necessitava de saber se a escala de bem estar psicológico (versão experimental) com 6 itens (penso que seria a que mais me atrai, dado que já

tenho outros três instrumentos a utilizar, ficando demasiado moroso a sua aplicação)mas diz-me que ainda não está aferida. Venho por este meio solicitar autorização para a utilizar e saber se gostaria ou necessita de utilizar os meus dados (população com diabetes tipo 2) para poder acrescentar a outros dados e poder retirar maiores resultados.

Caso necessite de agendar um encontro para eu puder apresentar o meu projecto de investigação, terei todo o gosto.

Agradeço, desde já. toda a atenção dispensada a este meu pedido.

Atenciosamente

Ana Melo

Professora Coordenadora

Departamento de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Avenida D. João II, Lote 4.69-01

1990-096 Lisboa

tel. (+351) 218 912 253 fax. (+351) 218 912 254

e-mail: amelo@esel.pt

De: Maria Eugénia Duarte Silva [meduartesilva@fp.ul.pt]

Enviado: quinta-feira, 3 de Novembro de 2011 10:57

Para: ANA CRISTINA MIRANDA ROMANO FON Melo

Assunto: RE: Escala de Bem estar psicológico

Cara Dra. Ana Cristina

Finalmente posso dar-lhe dados mais concretos sobre a referida escala com 6 itens. Essa versão de 6 itens foi trabalhada por S. Gonçalves em 2006 e pode encontrar esse estudo na tese dele/dela (?), tese de Mestrado em Psicologia Social e Organizacional, apresentada ao Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, tese intitulada "Perturbações psicológicas associadas aos acidentes de trabalho: o papel mediador do coping social e da coesão grupal".

Votos de bom trabalho.

Cumprimentos

Maria Eugénia Duarte Silva

De: ANA CRISTINA MIRANDA ROMANO FON Melo [amelo@esel.pt]

Enviado: segunda-feira, 23 de Janeiro de 2012 12:04

Para: Maria Eugénia Duarte Silva

Assunto: RE: Escala de Bem estar psicológico

Bom dia Professora Maria Eugénia Duarte Silva,

Após reunião com o meu co-orientador – Prof.Manuel Gonçalves Pereira, surgiram-me algumas inquietações que necessito da sua ajuda para me acalmar.

Esta versão mais curta de 6 itens só foi utilizada no contexto da tese de mestrado abaixo referenciada?

- esta versão nunca foi utilizada a nível internacional e noutros estudos?

- efectuei uma pesquisa e não encontrei dados sobre esta versão mas posso estar equivocada, pelo que solicito a sua precisos ajuda mais uma vez.

- caso não tenha sido utilizada e não hajam dados das propriedades psicométricas da escala, vê algum inconveniente em eu escrever um mail à autora das escalas-Carol Ryff- por forma a questioná-la sobre outras versões mais curtas mas já com dados em diferentes contextos e estudos?

Desde já agradeço muito toda a ajuda, tempo e disponibilidade demonstrados até ao momento e solicito as minhas desculpas por estar novamente a incomodá-la.

Atenciosamente

Ana Melo

Professora Coordenadora

Departamento de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Avenida D. João II, Lote 4.69-01

1990-096 Lisboa

tel. (+351) 218 912 253 fax. (+351) 218 912 254

e-mail: amelo@esel.pt

RE: Escala de Bem estar psicológico

Maria Eugénia Duarte Silva [meduartesilva@fp.ul.pt]

Seguimento. Iniciar em quarta-feira, 25 de Janeiro de 2012. Concluir até quarta-feira, 25 de Janeiro de 2012.
Respondida em 25-01-2012 9:10.

Enviado: segunda-feira, 23 de Janeiro de 2012 14:14

Para: [ANA CRISTINA MIRANDA ROMANO FON Melo](#)

Cara Dra. Ana Melo

A versão curta que lhe enviei foi usada em Portugal no estudo que lhe referi (eventualmente noutros). Isso não constitui um problema que seja a considerar no seu uso numa tese de doutoramento.

Obviamente que, com os dados recolhidos, deve fazer uma análise estatística da precisão do inventário.

Relativamente a contactar a Ryff pode fazê-lo, claro, não sei se lhe adiantará muito, creio que em vários países se têm desenvolvido versões curtas baseadas nos estudos das correlações dos itens com o total. A própria Ryff tem reduzido muito esta escala que na versão original tinha muito mais itens.

Quando iniciei es estudos sobre a escala, com a Rosa Novo e a Elizabeth Peralta, já se tratava, creio, de uma versão reduzida, então com 84 itens.

Cumprimentos

Maria Eugénia

Enviado: segunda-feira, 13 de Maio de 2013 22:17

Para: cryff@wisc.edu

Bcc: [Jorge Eurico Goncalves de Sousa Ferreira](#)

Anexos:  [BEPsicológico inglês.docx \(442 KB\)](#)[\[Abrir como Página Web\]](#)

Good morning/afternoon Prof. Carol Ryff,

My name is Ana Melo and I'm a teacher in a nursing school in Lisbon, Portugal. My PhD work is about spirituality, mental health and well-being.

We exchanged e-mails in March de 2012 regarding your scale of psychological well-being. At the time I contacted You because I had some doubts regarding the number of points in Likert scale and also to ask permission to use your scale in my PhD work. Now I have already collected the data and I am working in the statistical treatment. At this point one question emerged and I need Your help to continue with the statistical treatment. The data of the AFC is presented in a joint file and I would like to know if I should merge the two dimensions – personal growth and purpose in life - in one single dimension in order to allow values of acceptable discriminant validity.

Waiting for your comments

Best regards

Ana Melo

Professora Coordenadora

Departamento de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Avenida D. João II, Lote 4.69-01

1990-096 Lisboa

tel. (+351) 218 912 253 fax. (+351) 218 912 254

e-mail: amelo@esel.pt

Ana,

I do not recommend that you use the 18-item version (3 items per scale) because the alpha coefficients are too low. The best alternative is the 42-item version (7 items per scale). We will send that to you.

Thanks,

Carol Ryff

1990-096 Lisboa

tel. (+351) 218 912 253 fax. (+351) 218 912

Re: Scale of psychological well-being- 18 itens

Carol Ryff [cryff@wisc.edu]

Mensagem reencaminhada em 03-03-2012 21:34.

Enviado: sexta-feira, 2 de Março de 2012 14:38

Para: ANA CRISTINA MIRANDA ROMANO FON Melo; THERESA M BERRIE [berrie@wisc.edu]

On 3/2/2012 8:34 AM, ANA CRISTINA MIRANDA ROMANO FON Melo wrote:

Dear Prof. C Ryff,

Sorry to be back but I need to bother with some urgency to take some decisions. I have sent to you an email on the 3rd of February asking for help on using your scale of psychological well-being in a shorter version because I liked to use this dimension to the cross dimension of spirituality and religiosity.

I am now starting my PhD work on spirituality, mental health and well-being.

I was wondering if there are any recent data on shorter versions of your Well-being questionnaire, ie the 18-

item or even shorter versions.

I had access to your article with the collaboration of **Keyes from 1995** that shows alpha values between 0.33 to 0.52; also acceded to the article by **Marmot et al 1998** that has alpha values between 0.37 and 0.59 as well as the study of **Lindfors and Lundberg 2002** with values between 0.22 and 0.58. In your opinion, do you believe that I can use your scale of 18 items, although the psychometric values are low?

The other instruments used are:

- **Gomez & Fisher, 2003 - Spirituality;**
- **Duke Religious Index - Durel of Koenig;**
- **Mental Health Inventory-5**

Waiting for your comments, best regards

Ana Melo

Professora Coordenadora

Departamento de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Avenida D. João II, Lote 4.69-01

1990-096 Lisboa

tel. (+351) 218 912 253 fax. (+351) 218 912 254

e-mail: amelo@esel.pt

Re: Scale psychological well-being 42 itens

Carol Ryff [cryff@wisc.edu]

Respondida em 06-03-2012 19:00.

Enviado: terça-feira, 6 de Março de 2012 14:18

Para: [ANA CRISTINA MIRANDA ROMANO FON Melo](#)

I think the 6-point response format is better because it does not include the neither agree or disagree option. It forces respondents to lean in one direction or the other.

We ended up with a 7-point scale in the MIDUS national study because many other scales in the survey had 7-point scales and we were required to adopt the same format. However, in all of my prior research, I used 6-point response formats.

Thanks

Carol Ryff

On 3/6/2012 7:03 AM, ANA CRISTINA MIRANDA ROMANO FON Melo wrote:

Dear Prof. C Ryff,

Sorry to be bothering you again but I need another clarification.

The documents you sent me in the 6th last - PSYCHOLOGICAL WELL-BEING: MIDUS II, presents the evaluation of the six dimensions using a Likert scale with seven points:

- 1 - strongly agree
- 2 - Somewhat agree
- 3 - a little agree
- 4 - neither agree or disagree
- 5 - disagree a little
- 6 - Somewhat disagree
- 7 - strongly disagree




Re: Scale of psychological well-being- 18 itens

Theresa Berrie [berrie@wisc.edu]

Mensagem reencaminhada em 03-03-2012 21:34.

Enviado: sexta-feira, 2 de Março de 2012 16:00

Para: ANA CRISTINA MIRANDA ROMANO FON Melo

Anexos:  Psychological Well-Being D~1.doc (90 KB)[[Abrir como Página Web](#)];  14-item handout.doc (133 KB)[[Abrir como Página Web](#)];  Form in word 6 format.doc (65 KB)[[Abrir como Página Web](#)]

Here is our standard message, including details about the 7-item scale:

Greetings,

Thanks for your interest in the well-being scales. I am responding to your request on behalf of Carol Ryff. You have her permission to use the scales. They are attached in the following files: "14 Item Handout" includes all 14 items for each of the six scales of well-being (14x6=84 items), scoring information, and details about shorter options, plus a list of published studies using the scales. "Form In Word 6 Format" includes a formatted version of the full instrument with all 84 items.

Please note, Dr. Ryff strongly recommends that you NOT use the ultra-short-form version (3 items per scale, 3x6=18 items). That level of assessment has psychometric problems and does not do a good job of covering the content of the six well-being constructs. If length is a concern, the 7-item scale (7x6=42 items) is a far better choice than the 3-item scale. The attached file called "Psychological Well-Being Documentation" provides information about the 7-item scale (starting on p. 6) used in MIDUS II (for information about our MIDUS study, see <http://www.midus.wisc.edu/>).

There is no charge to use the scales, but we do ask that you please send us copies of any materials you

may publish using the scales to berrie@wisc.edu and cryff@wisc.edu.

Best wishes for your research,

Theresa Berrie

Administrative Assistant

UW-MADISON INSTITUTE ON AGING (IOA)

2245 Medical Sciences Center

1300 University Ave.

Madison, WI 53706-1532

doubt on using the original factorstructure for the WBQ 42

m.m.g.pereira@gmail.com [m.m.g.pereira@gmail.com] em nome de GonçalvesPereira [gpereira.sm@fcm.unl.pt]

Enviado: domingo, 22 de Setembro de 2013 16:18

Para: cryff@wisc.edu

Cc: [ANA CRISTINA MIRANDA ROMANO FON Melo](#)

Dear Prof. Carol Ryff,

Thank you so much for your presentations at the WCPM 2013 in Lisbon. I am the Portuguese colleague that asked for your help, regarding a methodological issue, after your last workshop with Chiara Ruini, Friday afternoon.

I am supervising Ana Melo (in cc), a nurse and PhD student that contacted you some time ago asking for permission to use the Well Being Questionnaire - 42 item version - in her research on spirituality and mental health.

Trying to express my doubt in simple terms, the issue is: Ana (in her sample of about 300 subjects) failed to replicate the exact factor structure that has been validated for the questionnaire.

However, I would say that this is a quite expectable situation and that it should not prevent her from using the usual subscales (factors) in the analysis (e.g. while trying to explore associations with other measures).

We would be very grateful if you could send us some advice on this.

All best wishes,

Manuel

M M Gonçalves-Pereira, MD PhD

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade NOVA de Lisboa

(Dep. Mental Health, Faculty of Medical Sciences - NOVA University, Lisbon)

Campo dos Mártires da Pátria, 130

Fwd: doubt on using the original factorstructure for the WBQ 42

m.m.g.pereira@gmail.com [m.m.g.pereira@gmail.com] em nome de GonçalvesPereira [gpereira.sm@fcm.unl.pt]

Enviado: domingo, 27 de Outubro de 2013 21:20

Para: cryff@wisc.edu

Cc: [ANA CRISTINA MIRANDA ROMANO FON Melo](#)

Dear Prof. Carol Ryff,

My sincere apologies for insisting. I imagine that my previous email was lost in the middle of thousands, so I am contacting again - hoping you may have the opportunity to send us some advice.

Besides the issue below, Ana has now found a negative association (significant correlations of about -.50) between several well-being domains and positive mental health (as assessed by the MHI-5). I asked her to check all data again, as this just doesn't make sense according to research and common sense. Would you agree ?

All the very best, and thank you very much in advance,

Manuel

On 27 October 2013 21:39, Carol Ryff <cryff@wisc.edu> wrote:

Dear Dr. Pereira:

In early 2014 a review of scientific products with the scales of psychological well-being will be published in *Psychotherapy and Psychosomatics*. The review documents that over 25 studies have examined the factor structure of the well-being model. While all have found converged, the majority have supported the six-factor model.

I do not see it as my role to advise researchers about whether or not to use the measures, and what to do if their findings do not support previously published findings on factor structure. Such analyses are higher influenced by whether underlying samples are diverse on age and other sociodemographic characteristics. As such, I advise you to make your own best judgments about how you can best use the scales. To my mind, every investigator using the instruments does not have to replicate the six-factor structure to make use of the scales defensible. But again, I am not inclined to impose this view on anyone.

Stated otherwise, were I supervising the student you mention below, I would strongly encourage her to move ahead with substantive analyses about the well-being scales, and not spend inordinate time working about whether her sample validates previous evidence on the factorial structure of the model. Many others have already done that.

Best wishes for the research,

Carol Ryff

Mental Health Inventory-5

Exmo Sr. Professor Pais Ribeiro,

Sou docente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e integro o Departamento de Enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Encontro-me a realizar o doutoramento em enfermagem na Universidade Católica Portuguesa.

O meu projecto de investigação intitula-se "A espiritualidade e a saúde mental da pessoa com diabetes tipo2", tendo como orientadora a Professora Doutora Margarida Vieira e co-orientador o Prof. Doutor Manuel Gonçalves Pereira.

Entro em contacto com o Sr. Professor para lhe solicitar autorização para a utilização do instrumento de colheita de dados- MHI-5, cujo titulo da versão portuguesa, como sabe, é Inventário de Saúde Mental e que foi validado e traduzido por si em 2001.

Agradeço, desde já, a atenção dada a este meu pedido.

Atenciosamente

Ana Melo

Professora Coordenadora

Departamento de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Avenida D. João II, Lote 4.69-01

1990-096 Lisboa

tel. (+351) 218 912 253 fax. (+351) 218 912 254

e-mail: amelo@esel.pt

Re: Solicitação de autorização para utilização de instrumento de colheita de dados

José Luis Pais Ribeiro [jlpr@fpce.up.pt]

Seguimento. Iniciar em quinta-feira, 9 de Abril de 2015. Concluir até quinta-feira, 9 de Abril de 2015.

A mensagem foi enviada com Importância alta. Respondida em 21-10-2011 14:00.

Enviado: sexta-feira, 21 de Outubro de 2011 11:32

Para: [ANA CRISTINA MIRANDA ROMANO FON Melo](#)

Autorizo a utilização da versão portuguesa solicitada.

Informo que existe um manual meu que pode ser adquirido na editora placebo, que é uma editora que vende livros em formato digita. O manual custa cerca de três euros e faz imediatamente o download para o seu computador

José Luis Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

SWBQ- Spiritual Well-being Questionnaire

De: ANA CRISTINA MIRANDA ROMANO FON Melo [amelo@esel.pt]

Enviado: segunda-feira, 23 de Janeiro de 2012 11:55

Para: Maria J. Gouveia

Assunto: Re: Solicitação da Versão portuguesa do questionário SWBQ e respectiva autorização para a sua utilização

Bom dia Prof. Maria J.Gouveia,

Desde já solicito as minhas desculpas pela minha insistência mas tenho alguma urgência na tomada de decisões para avançar com o meu trabalho de investigação de doutoramento.

Enviei-lhe um mail a 17-1 a solicitar autorização para a utilização do instrumento **Spiritual Well-being Questionnaire de Gomez e Fisher** pois sei que fez uma tradução com análise confirmatória da sua estrutura factorial publicado em 2009 pela revista Psicologia, Saúde e Doenças.

Renovo o meu pedido, solicitando autorização para a sua utilização e tb a indicação ou o envio do instrumento em causa.

Fico muito grata pela resposta a este meu pedido.

Atenciosamente

Ana Melo

Professora Coordenadora

Departamento de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Avenida D. João II, Lote 4.69-01

1990-096 Lisboa

tel. (+351) 218 912 253 fax. (+351) 218 912 254

e-mail: amelo@esel.pt

RE: Solicitação da Versão portuguesa do questionário SWBQ e respectiva autorização para a sua utilização
Maria J. Gouveia [mjgouveia@ispa.pt]

Seguimento. Concluída em terça-feira, 24 de Janeiro de 2012.

Respondida em 24-01-2012 11:31.

Enviado: segunda-feira, 23 de Janeiro de 2012 14:47

Para: [ANA CRISTINA MIRANDA ROMANO FON Melo](mailto:amelo@esel.pt)

Anexos:  [SWBQpv9_Gouveia.MJ.pdf \(18 KB\)](#)[\[Abrir como Página Web\]](#)

Boa tarde Ana

Creio ter perdido noção do seu email, ou então apaguei-o inadvertidamente.

Terei todo o gosto em lhe disponibilizar a actual versão portuguesa do SWBQ que encontra em anexo.

Os primeiros dados de validação estão publicados na revista Psicologia Saúde e Doenças. Em breve sairá um outro artigo sobre a invariância de género. O resto dos dados disponíveis até ao momento (e.g., com população praticante de exercício físico) estão por enquanto, só disponíveis na minha tese de doutoramento.

A versão do SWBQ que lhe envio (vs4) resulta dos estudos que foram desenvolvidos por mim e pela minha equipa após a publicação do artigo de 2009 da PSD. Alguns itens sofreram ligeiras alterações de conteúdo entretanto na sua reformulação. Esta é a versão em que estamos actualmente a trabalhar. O Instrumento original refere-se aos primeiros 20 itens. O item 21 poderá ser utilizado em alternativa ao 3. Neste momento estudamos ainda qual a melhor opção, pelo que lhe sugiro que aplique esta versão utilizando depois os 20 itens que melhor se adequem à sua amostra (i.é., optando pelo item 3 ou 21). Relembro que à escala original foi também acrescentada uma instrução que sugere que as pessoas poderão substituir a palavra Deus por outra que lhes pareça mais adequada.

Gostaria depois que me desse feedback sobre os resultados do comportamento psicométrico do instrumento na sua amostra. Pode ser? Qual será a dimensão da amostra que pensa recolher e o contexto de aplicação?

Bom trabalho para si

MJG

ANEXO II

Instrumentos de medida

ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DUKE

Portuguese version of Duke Religious Index – DUREL

Assinale com uma cruz (x) a opção que mais se adequa a si.

1. Com que frequência vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

- 1 Mais do que uma vez por semana
- 2 Uma vez por semana
- 3 Duas a três vezes por mês
- 4 Algumas vezes por ano
- 5 Uma vez por ano ou menos
- 6 Nunca

2. Com que frequência dedica do seu tempo a actividades religiosas individuais como orações, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

- 1 Mais do que uma vez por dia
- 2 Diariamente
- 3 Duas ou mais vezes por semana
- 4 Uma vez por semana
- 5 Poucas vezes por mês
- 6 Raramente ou nunca

A secção que se segue apresenta 3 afirmações sobre as suas crenças ou experiências religiosas.

Assinale, com uma cruz (x) aquela que melhor se adequa a si.

3. Na minha vida sinto a presença de Deus

- 1 Totalmente verdade
- 2 Em geral é verdade
- 3 Não estou certo
- 4 Em geral não é verdade
- 5 Não é verdade

4. As minhas crenças religiosas suportam toda a minha maneira de viver

- 1 Totalmente verdade
- 2 Em geral é verdade
- 3 Não estou certo
- 4 Em geral não é verdade
- 5 Não é verdade

5. Eu esforço-me por viver a minha religião em todos os aspectos da minha vida

- 1 Totalmente verdade
- 2 Em geral é verdade
- 3 Não estou certo
- 4 Em geral não é verdade
- 5 Não é verdade

Harold G. Koenig 1,* and Arndt Büssing 2

1 Center for Spirituality, Theology and Health, Duke University Medical Center, Durham, NC 27503 Professorship of Quality of Life, Spirituality and Coping, Center of Integrative Medicine, University Witten/Herdecke, Germany; E-Mail: Arndt.Buessing@uni-wh.de
Tradução de Moreira-Almeida, A. et al./ Rev. Psiq. Clín 35 (1); 31-32, 2008

Por favor verifique se respondeu a todas as questões.

Muito obrigado pela sua colaboração

ESCALA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

As afirmações que se seguem pretendem ajudá-lo(a) a descrever o modo como avalia o seu bem-estar e a satisfação consigo próprio(a).

Leia cuidadosamente cada uma das afirmações e, em seguida, escolha uma das seis respostas possíveis; escolha a que melhor se aplica a si próprio(a).

Respostas:

1	2	3	4	5	6
Discordo completamente	Discordo em grande parte	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo em grande parte	Concordo completamente

Para dar a sua resposta deve fazer uma cruz no número que melhor corresponde à descrição de si próprio(a) em cada uma das afirmações.

Se quiser alterar uma resposta já anotada, risque-a e faça de novo uma cruz no número que lhe parecer mais adequado.

Não tem limite de tempo mas tente responder o mais espontaneamente que lhe for possível. Responda com sinceridade; não há respostas boas ou más desde que elas expressem o que pensa, sente ou faz em cada caso.

Por favor responda a todas as afirmações

ESCALA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO ¹□

		Discordo Completamente	Discordo em Grande Parte	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo em Grande Parte	Concordo Completamente
1.	Em geral, sinto que sou responsável pela situação em que me encontro.	1	2	3	4	5	6
2.	Não estou interessado(a) em actividades que alarguem os meus horizontes.	1	2	3	4	5	6
3.	Muitas pessoas vêem-me como uma pessoa querida e afectuosa.	1	2	3	4	5	6
4.	Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.	1	2	3	4	5	6
5.	Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.	1	2	3	4	5	6
6.	Muitas vezes as exigências do dia-a-dia deitam-me abaixo.	1	2	3	4	5	6
7.	Manter relações estreitas com os outros tem-me sido difícil e frustrante.	1	2	3	4	5	6
8.	Vivo a vida um dia de cada vez e na realidade não penso no futuro.	1	2	3	4	5	6
9.	De um modo geral sinto-me confiante e bem comigo próprio(a).	1	2	3	4	5	6
10.	Habitualmente as minhas decisões não são influenciadas pelo que os outros fazem.	1	2	3	4	5	6
11.	Não me adapto muito bem às pessoas e à sociedade à minha volta.	1	2	3	4	5	6
12.	Sinto-me frequentemente sozinho(a) porque tenho poucos amigos íntimos com quem possa partilhar as minhas preocupações.	1	2	3	4	5	6

¹ □ Versão das Scales of Psychological Well-Being (Short Forms), Ryff (1989), adaptadas para a população portuguesa por M^a Eugénia Duarte Silva (FPCE-UL), Rosa Novo (FPCE-UL) e Elizabeth Peralta.

13.	Sinto que muitas das pessoas que conheço conseguiram tirar mais partido da vida do que eu.	1	2	3	4	5	6
14.	Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.	1	2	3	4	5	6
15.	Sou bastante competente a gerir as diversas responsabilidades da minha vida quotidiana.	1	2	3	4	5	6
16.	Gosto de ter conversas pessoais com os membros da minha família ou amigos.	1	2	3	4	5	6
17.	Tenho uma ideia definida dos objectivos e do rumo que quero dar à vida.	1	2	3	4	5	6
18.	Sinto-me, frequentemente, “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades.	1	2	3	4	5	6
19.	Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.	1	2	3	4	5	6
20.	As minhas actividades diárias parecem-me frequentemente triviais e pouco importantes.	1	2	3	4	5	6
21.	Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade.	1	2	3	4	5	6
22.	Tenho tendência a ser influenciado (a) por pessoas com opiniões firmes	1	2	3	4	5	6
23.	Quando penso em mim, vejo que realmente não tenho melhorado muito como pessoa ao longo dos anos.	1	2	3	4	5	6
24.	Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida.	1	2	3	4	5	6
25.	Em muitos aspectos sinto-me desiludido (a) com o que alcancei na vida	1	2	3	4	5	6
26.	Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.	1	2	3	4	5	6
27.	Tenho confiança nas minhas opiniões mesmo quando são contrárias ao consenso geral	1	2	3	4	5	6
28.	Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.	1	2	3	4	5	6
29.	As pessoas poderiam descrever-me como uma pessoa generosa e sempre pronta a partilhar o meu tempo com os outros.	1	2	3	4	5	6

30.	É-me difícil exprimir as minhas opiniões em assuntos controversos	1	2	3	4	5	6
31.	Não gosto de estar em situações novas que exijam que mude o meu modo habitual de fazer as coisas.	1	2	3	4	5	6
32.	Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.	1	2	3	4	5	6
33.	Algumas pessoas andam pela vida sem rumo, mas eu não sou assim.	1	2	3	4	5	6
34.	Provavelmente não tenho uma atitude para comigo próprio(a) tão positiva como a maioria das pessoas tem em relação a si própria.	1	2	3	4	5	6
35.	Para mim, a vida tem sido um processo contínuo de aprendizagem, mudança e crescimento	1	2	3	4	5	6
36.	Às vezes sinto-me como se já tivesse feito tudo o que há para fazer na vida.	1	2	3	4	5	6
37.	Sei que posso confiar nos meus amigos e eles sabem que podem confiar em mim.	1	2	3	4	5	6
38.	Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça.	1	2	3	4	5	6
39.	Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida.	1	2	3	4	5	6
40.	Quando me comparo com amigos e conhecidos, sinto-me bem em ser quem sou.	1	2	3	4	5	6
41.	Avalio-me pelo que penso que é importante e não pelos valores que os outros pensam ser importantes.	1	2	3	4	5	6
42.	Consegui construir um lar e um estilo de vida que é muito do meu agrado.	1	2	3	4	5	6

Muito Obrigado pela sua colaboração.

A **espiritualidade** pode descrever-se como algo que reside no íntimo do ser humano. A **saúde ou bem-estar espiritual** é visto como um indicador do quão bem nos sentimos connosco próprios e com os aspectos que valorizamos no mundo que nos rodeia.

Para cada uma das afirmações seguintes, assinale com uma cruz (x) o número que melhor indique em que medida sente que cada afirmação **reflecte a sua experiência pessoal nos últimos 6 meses.**

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:**

1. Afecto pelas outras pessoas

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

2. Uma relação pessoal com o Divino ou Deus

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

3. Generosidade em relação aos outros

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

4. Uma ligação com a natureza

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

5. Um sentimento de identidade pessoal

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

6. Admiração e respeito pela Criação

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

7. Espanto e admiração perante uma paisagem deslumbrante

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

8. A confiança entre as pessoas

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

9. Autoconhecimento

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

10. Um sentimento de comunhão com a natureza

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

11. O sentimento de união com Deus

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

12. Uma relação de harmonia com o ambiente

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

13. Um sentimento de paz com Deus

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

14. Alegria na vida

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

15. Uma vida de meditação e/ou oração

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

16. Paz interior

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

17. Respeito pelas outras pessoas

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

18. Sentido para a vida

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

19. Bondade para com os outros

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

20. Sensação de deslumbramento pela natureza

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

21. Capacidade de perdoar

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

Muito Obrigada por participar neste trabalho.

© Gomez & Fisher, 2003; Adaptação Gouveia et al. 2009 (vs4;2012)

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL

Abaixo vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia-a-dia. Responda a cada uma delas assinalando com **uma cruz (x)** num dos quadrados a resposta que melhor se aplica a si.

1. Quanto tempo, na últimas quatro semanas se sentiu nervosa/o?	
1- Sempre	
2- A maior parte do tempo	
3- Bastante tempo	
4- Algum tempo	
5- Pouco tempo	
6- Nunca	

2. Quanto tempo, nas últimas quatro semanas, se sentiu deprimida/o em que nada o/a animava?	
1- Sempre	
2- A maior parte do tempo	
3- Bastante tempo	
4- Algum tempo	
5- Pouco tempo	
6- Nunca	

3. Quanto tempo, nas últimas quatro semanas, se sentiu calma/o e tranquila/o?	
1- Sempre	
2- A maior parte do tempo	
3- Bastante tempo	
4- Algum tempo	
5- Pouco tempo	
6- Nunca	

4. Quanto tempo, nas últimas quatro semanas, se sentiu triste e em baixo?	
1- Sempre	
2- A maior parte do tempo	
3- Bastante tempo	
4- Algum tempo	
5- Pouco tempo	
6- Nunca	

5. Quanto tempo, nas últimas quatro semanas se sentiu feliz?	
1- Sempre	
2- A maior parte do tempo	
3- Bastante tempo	
4- Algum tempo	
5- Pouco tempo	
6- Nunca	

ESCALA DE AVALIAÇÃO ESPIRITUAL

(Spiritual Scale de O'Brien, Mary Elisabeth 1998; Tradução, adaptação e validação de Caramelo, 2007)

Instruções: Por favor assinale a resposta que melhor identifica a sua crença pessoal relativamente a cada afirmação. CT – concorda totalmente; C – concorda; I - indeciso; D – discorda; DT – discorda totalmente.

A. Fé Pessoal:

A1 - Há um Ser Supremo, ou Deus, que criou a humanidade e que cuida de todas as criaturas.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

A2 - Eu estou em paz com Deus.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

A3 - Confio que Deus olha por mim.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

A4 - Recebo força e conforto das minhas crenças espirituais.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

A5 - Acredito que Deus se interessa por todas as actividades da minha vida.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

A6 - Creio que Deus cuidará do futuro.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

A7 - As minhas crenças espirituais apoiam uma imagem positiva de mim próprio e dos outros, como filhos de Deus.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

B. Prática Religiosa:

B1 - Pertencer a uma igreja ou grupo de fé é uma parte importante da minha vida.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 - Discorda totalmente

B2 - Sou fortalecido por participar nos serviços religiosos.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 - Discorda totalmente

B3 - Encontro mais satisfação em actividades motivadas pela religião do que em serviços religiosos, por exemplo trabalho voluntário ou ajudar os outros.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 - Discorda totalmente

B4 - Sou apoiado pela relação com amigos ou familiares que partilham as minhas crenças religiosas.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 - Discorda totalmente

B5 - Recebo conforto e apoio de um companheiro espiritual, por exemplo, um sacerdote ou amigo.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 - Discorda totalmente

B6 - A minha relação com Deus é fortalecida pela oração pessoal.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 - Discorda totalmente

B7 - Ler ou pensar em coisas religiosas ou espirituais ajudam-me a comunicar com Deus.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 - Discorda totalmente

C. Paz Espiritual:

C1 - Experimento dor associada com as minhas crenças espirituais.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

C2 - Sinto-me “longe” de Deus.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

C3 - Tenho medo que Deus não consiga tomar conta das minhas necessidades.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

C4 - Fiz algumas coisas que temo que Deus não possa perdoar-me.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

C5 - Sinto-me zangada/o com Deus por permitir que “coisas más” me aconteçam a mim ou às pessoas de quem gosto.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

C6 - Sinto que perdi o amor de Deus.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

C7 - Acredito que não há esperança de obter o amor de Deus.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

Por favor, confira se respondeu a todas as questões.

Muito obrigado pela sua colaboração

ANEXO III

Pedido de autorização e resposta da Comissão de Ética

Fwd: Re: Trabalho de Investigação - Profª Ana Melo

Diabetes [diabetes@[REDACTED].pt]

O remetente desta mensagem solicitou um recibo de leitura. Clique aqui para enviar um recibo.

Respondida em 31-10-2011 11:22.

Enviado: sexta-feira, 28 de Outubro de 2011 17:11
Para: ANA CRISTINA MIRANDA ROMANO FON Melo

Boa tarde,

Informamos que tem parecer favorável para a realização do estudo, por parte da Comissão de Ética da [REDACTED]

A carta oficial será remetida logo que possível.

Com os melhores cumprimentos.

--

Cristina Silva
Secretariado de Direcção
[REDACTED]
Centro de Educação da IDF

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Informação e declaração de consentimento informado

Informação para o Consentimento Informado

Investigação no âmbito do Doutoramento em Enfermagem

O actual trabalho de investigação, intitulado “**A Espiritualidade e Saúde Mental na Pessoa com diabetes tipo 2**” que decorre no âmbito do Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, tem com **principal objectivo** conhecer as relações entre as dimensões da espiritualidade/religiosidade e saúde mental na pessoa com diabetes tipo 2.

Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento sobre esta temática, sendo necessário para tal, incluir neste estudo a participação de todos os utentes (com o diagnóstico clínico de diabetes tipo 2) que recorrem à consulta da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. **É por isso, fundamental, a sua colaboração.**

Este estudo não lhe trará qualquer despesa económica ou risco para a sua saúde. As informações recolhidas serão efectuadas através do preenchimento de um conjunto de questionários. O preenchimento dos questionários tem uma duração aproximada de 15 minutos. Qualquer informação será confidencial e não será revelada a terceiros.

A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se em qualquer momento, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Declaração de consentimento informado

Eu _____ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Ana Melo (Doutoranda do Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa) com o título “ **Espiritualidade e Saúde Mental na Pessoa com diabetes tipo 2**” no âmbito da tese de Doutoramento em Enfermagem.

Foram-me explicados e compreendo os objectivos principais deste estudo:

1. Realizar um estudo descritivo das dimensões Saúde Mental e Espiritualidade/ Religiosidade e Bem-estar numa população de pessoas com diabetes tipo 2;
2. Analisar a relação entre as dimensões em estudo;
3. Estabelecer relações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e a saúde mental, religiosidade e espiritualidade;

Os temas que se pretendem estudar são: a espiritualidade, a religiosidade, o bem-estar psicológico e a saúde mental na pessoa com diabetes tipo 2.

Também entendi os procedimentos que tenho de realizar:

- Responder a um conjunto de questionários, que exploram as dimensões atrás referidas;
- Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta em qualquer prejuízo para mim.
- Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo.

Assinatura: _____ Data: _____

APÊNDICE 2

Instrumento de colheita de dados

Nº ORDEM NO ESTUDO _____

DATA DE AVALIAÇÃO _____

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Por favor, leia as perguntas com atenção e responda assinalando com uma **cruz (X)** no quadrado que considera a resposta mais adequada. Nas perguntas com espaço, responda por extenso.

1. **Idade:**

2. **Sexo:**

1 - Masculino

2 - Feminino

3. **Estado civil**

1 - Solteiro/a

2 - Casado/a

3 - Divorciado/a

4 - Viúvo/a

5 - Outro

4. **Nº de elementos no agregado familiar**

5.

5.1 - Sem escolaridade

5.2 - 1ºciclo incompleto

5.3 - 1ºciclo

5.4 - 2ºciclo

5.5 - 3ºciclo

5.6 - Secundário

5.7 - Curso Superior

6. Situação face à profissão

- 6.1 - Empregado
- 6.2 - Desempregado
- 6.3 - Reformado

7. Caso a reforma tenha sido por incapacidade, esta esteve relacionada com a diabetes?

- 7.1 Sim
- 7.2 Não

8. Rendimento do Agregado (considerar por pessoa e na unidade de salário mínimo – SM)

- 8.1 1 SM
- 8.2 2 SM
- 8.3 3 SM
- 8.4 4SM
- 8.5 5SM ou + SM

Exercício físico

- | | Sim | Não |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 10. Realiza exercício físico periodicamente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Tratamentos

- | | Sim | Não |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 11. Toma habitualmente algum tipo de medicação? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Se respondeu afirmativamente continue a responder. Se respondeu NÃO salte para a questão N^o 1.

- | 12. Qual o tipo de medicação? | Sim | Não |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12.1 Anti-diabéticos orais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.2 Insulina | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.3- Anti-hipertensores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 12.4 Anti-dislipidémicos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.5 Anti-trombóticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.6 Ansiolíticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.7 Anti-depressivos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.8 Estabilizadores do humor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.9 Antipsicóticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12.10 Outros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Sim | Não |
| 13. Professa algum tipo de religião? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se respondeu afirmativamente refira qual (facultativo) | | |

Se respondeu NÃO passe à pergunta do bloco seguinte

Muito Obrigado pela sua colaboração

ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DUKE

Portuguese version of Duke Religious Index – DUREL

Assinale com uma cruz (x) a opção que mais se adequa a si.

6. Com que frequência vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

- 1 Mais do que uma vez por semana
- 2 Uma vez por semana
- 3 Duas a três vezes por mês
- 4 Algumas vezes por ano
- 5 Uma vez por ano ou menos
- 6 Nunca

7. Com que frequência dedica do seu tempo a actividades religiosas individuais como orações, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

- 1 Mais do que uma vez por dia
- 2 Diariamente
- 3 Duas ou mais vezes por semana
- 4 Uma vez por semana
- 5 Poucas vezes por mês
- 6 Raramente ou nunca

A secção que se segue apresenta 3 afirmações sobre as suas crenças ou experiências religiosas.

Assinale, com uma cruz (x) aquela que melhor se adequa a si.

8. Na minha vida sinto a presença de Deus

- 1 Totalmente verdade
- 2 Em geral é verdade
- 3 Não estou certo
- 4 Em geral não é verdade
- 5 Não é verdade

9. As minhas crenças religiosas suportam toda a minha maneira de viver

- 1 Totalmente verdade
- 2 Em geral é verdade
- 3 Não estou certo
- 4 Em geral não é verdade
- 5 Não é verdade

10. Eu esforço-me por viver a minha religião em todos os aspectos da minha vida

- 1 Totalmente verdade
- 2 Em geral é verdade
- 3 Não estou certo
- 4 Em geral não é verdade
- 5 Não é verdade

Harold G. Koenig 1,* and Arndt Büssing 2

1 Center for Spirituality, Theology and Health, Duke University Medical Center, Durham, NC 27503 Professorship of Quality of Life, Spirituality and Coping, Center of Integrative Medicine, University Witten/Herdecke, Germany; E-Mail: Arndt.Buessing@uni-wh.de
Tradução de Moreira-Almeida, A. et al./ Rev. Psiq. Clín 35 (1); 31-32, 2008

Por favor verifique se respondeu a todas as questões.

Muito obrigado pela sua colaboração

ESCALA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO

As afirmações que se seguem pretendem ajudá-lo(a) a descrever o modo como avalia o seu bem-estar e a satisfação consigo próprio(a).

Leia cuidadosamente cada uma das afirmações e, em seguida, escolha uma das seis respostas possíveis; escolha a que melhor se aplica a si próprio(a).

Respostas:

1	2	3	4	5	6
Discordo completamente	Discordo em grande parte	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo em grande parte	Concordo completamente

Para dar a sua resposta deve fazer uma cruz no número que melhor corresponde à descrição de si próprio(a) em cada uma das afirmações.

Se quiser alterar uma resposta já anotada, risque-a e faça de novo uma cruz no número que lhe parecer mais adequado.

Não tem limite de tempo mas tente responder o mais espontaneamente que lhe for possível. Responda com sinceridade; não há respostas boas ou más desde que elas exprimam o que pensa, sente ou faz em cada caso.

Por favor responda a todas as afirmações

ESCALA DE BEM-ESTAR PSICOLÓGICO ²□

		Discordo Completamente	Discordo em Grande Parte	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo em Grande Parte	Concordo Completamente
1.	Em geral, sinto que sou responsável pela situação em que me encontro.	1	2	3	4	5	6
2.	Não estou interessado(a) em actividades que alarguem os meus horizontes.	1	2	3	4	5	6
3.	Muitas pessoas vêem-me como uma pessoa querida e afectuosa.	1	2	3	4	5	6
4.	Quando revejo a minha vida, fico contente com a forma como as coisas correram.	1	2	3	4	5	6
5.	Não tenho medo de exprimir as minhas opiniões mesmo quando elas são contrárias às opiniões da maioria das pessoas.	1	2	3	4	5	6
6.	Muitas vezes as exigências do dia-a-dia deitam-me abaixo.	1	2	3	4	5	6
7.	Manter relações estreitas com os outros tem-me sido difícil e frustrante.	1	2	3	4	5	6
8.	Vivo a vida um dia de cada vez e na realidade não penso no futuro.	1	2	3	4	5	6
9.	De um modo geral sinto-me confiante e bem comigo próprio(a).	1	2	3	4	5	6
10.	Habitualmente as minhas decisões não são influenciadas pelo que os outros fazem.	1	2	3	4	5	6
11.	Não me adapto muito bem às pessoas e à sociedade à minha volta.	1	2	3	4	5	6
12.	Sinto-me frequentemente sozinho(a) porque tenho poucos amigos íntimos com quem possa partilhar as minhas preocupações.	1	2	3	4	5	6

² □ Versão das Scales of Psychological Well-Being (Short Forms), Ryff (1989), adaptadas para a população portuguesa por M^a Eugénia Duarte Silva (FPCE-UL), Rosa Novo (FPCE-UL) e Elizabeth Peralta.

13.	Sinto que muitas das pessoas que conheço conseguiram tirar mais partido da vida do que eu.	1	2	3	4	5	6
14.	Tenho tendência para me preocupar com o que as outras pessoas pensam de mim.	1	2	3	4	5	6
15.	Sou bastante competente a gerir as diversas responsabilidades da minha vida quotidiana.	1	2	3	4	5	6
16.	Gosto de ter conversas pessoais com os membros da minha família ou amigos.	1	2	3	4	5	6
17.	Tenho uma ideia definida dos objectivos e do rumo que quero dar à vida.	1	2	3	4	5	6
18.	Sinto-me, frequentemente, “esmagado(a)” pelo peso das responsabilidades.	1	2	3	4	5	6
19.	Penso que é importante ter novas experiências que ponham em causa a forma como pensamos acerca de nós próprios e do mundo.	1	2	3	4	5	6
20.	As minhas actividades diárias parecem-me frequentemente triviais e pouco importantes.	1	2	3	4	5	6
21.	Gosto da maior parte dos aspectos da minha personalidade.	1	2	3	4	5	6
22.	Tenho tendência a ser influenciado (a) por pessoas com opiniões firmes	1	2	3	4	5	6
23.	Quando penso em mim, vejo que realmente não tenho melhorado muito como pessoa ao longo dos anos.	1	2	3	4	5	6
24.	Não tenho bem a noção do que estou a tentar alcançar na vida.	1	2	3	4	5	6
25.	Em muitos aspectos sinto-me desiludido (a) com o que alcancei na vida	1	2	3	4	5	6
26.	Tenho prazer em fazer planos para o futuro e trabalhar para os tornar realidade.	1	2	3	4	5	6
27.	Tenho confiança nas minhas opiniões mesmo quando são contrárias ao consenso geral	1	2	3	4	5	6
28.	Sinto que, ao longo do tempo, me tenho desenvolvido bastante como pessoa.	1	2	3	4	5	6
29.	As pessoas poderiam descrever-me como uma pessoa generosa e sempre pronta a partilhar o meu tempo com os outros.	1	2	3	4	5	6

30.	É-me difícil exprimir as minhas opiniões em assuntos controversos	1	2	3	4	5	6
31.	Não gosto de estar em situações novas que exijam que mude o meu modo habitual de fazer as coisas.	1	2	3	4	5	6
32.	Não tive a experiência de ter muitas relações calorosas e baseadas na confiança.	1	2	3	4	5	6
33.	Algumas pessoas andam pela vida sem rumo, mas eu não sou assim.	1	2	3	4	5	6
34.	Provavelmente não tenho uma atitude para comigo próprio(a) tão positiva como a maioria das pessoas tem em relação a si própria.	1	2	3	4	5	6
35.	Para mim, a vida tem sido um processo contínuo de aprendizagem, mudança e crescimento	1	2	3	4	5	6
36.	Às vezes sinto-me como se já tivesse feito tudo o que há para fazer na vida.	1	2	3	4	5	6
37.	Sei que posso confiar nos meus amigos e eles sabem que podem confiar em mim.	1	2	3	4	5	6
38.	Tenho dificuldade em organizar a minha vida de forma a que me satisfaça.	1	2	3	4	5	6
39.	Há muito tempo que desisti de fazer grandes alterações ou melhoramentos na minha vida.	1	2	3	4	5	6
40.	Quando me comparo com amigos e conhecidos, sinto-me bem em ser quem sou.	1	2	3	4	5	6
41.	Avalio-me pelo que penso que é importante e não pelos valores que os outros pensam ser importantes.	1	2	3	4	5	6
42.	Consegui construir um lar e um estilo de vida que é muito do meu agrado.	1	2	3	4	5	6

Muito Obrigado pela sua colaboração.

A **espiritualidade** pode descrever-se como algo que reside no íntimo do ser humano. A **saúde ou bem-estar espiritual** é visto como um indicador do quão bem nos sentimos connosco próprios e com os aspectos que valorizamos no mundo que nos rodeia.

Para cada uma das afirmações seguintes, assinale com uma cruz (x) o número que melhor indique em que medida sente que cada afirmação **reflecte a sua experiência pessoal nos últimos 6 meses.**

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:**

22. Afecto pelas outras pessoas

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

23. Uma relação pessoal com o Divino ou Deus

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

24. Generosidade em relação aos outros

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

25. Uma ligação com a natureza

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

26. Um sentimento de identidade pessoal

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

27. Admiração e respeito pela Criação

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

28. Espanto e admiração perante uma paisagem deslumbrante

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

29. A confiança entre as pessoas

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

30. Autoconhecimento

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

31. Um sentimento de comunhão com a natureza

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

32. O sentimento de união com Deus

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

33. Uma relação de harmonia com o ambiente

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

34. Um sentimento de paz com Deus

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

35. Alegria na vida

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

36. Uma vida de meditação e/ou oração

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

37. Paz interior

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

38. Respeito pelas outras pessoas

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

39. Sentido para a vida

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

40. Bondade para com os outros

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

41. Sensação de deslumbramento pela natureza

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

42. Capacidade de perdoar

1 - Muito pouco 2 - Pouco 3 - Moderadamente 4 - Muito 5 - MUITÍSSIMO

Muito Obrigada por participar neste trabalho.

© Gomez & Fisher, 2003; Adaptação Gouveia et al. 2009 (vs4;2012)

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL

Abaixo vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia-a-dia. Responda a cada uma delas assinalando com **uma cruz (x)** num dos quadrados a resposta que melhor se aplica a si.

1. Quanto tempo, na últimas quatro semanas se sentiu nervosa/o?	
7- Sempre	
8- A maior parte do tempo	
9- Bastante tempo	
10- Algum tempo	
11- Pouco tempo	
12- Nunca	
2. Quanto tempo, nas últimas quatro semanas, se sentiu deprimida/o em que nada o/a animava?	
7- Sempre	
8- A maior parte do tempo	
9- Bastante tempo	
10- Algum tempo	
11- Pouco tempo	
12- Nunca	
3. Quanto tempo, nas últimas quatro semanas, se sentiu calma/o e tranquila/o?	
7- Sempre	
8- A maior parte do tempo	
9- Bastante tempo	
10- Algum tempo	
11- Pouco tempo	
12- Nunca	
4. Quanto tempo, nas últimas quatro semanas, se sentiu triste e em baixo?	
7- Sempre	
8- A maior parte do tempo	
9- Bastante tempo	
10- Algum tempo	
11- Pouco tempo	
12- Nunca	
5. Quanto tempo, nas últimas quatro semanas se sentiu feliz?	
7- Sempre	
8- A maior parte do tempo	
9- Bastante tempo	
10- Algum tempo	
11- Pouco tempo	
12- Nunca	

ESCALA DE AVALIAÇÃO ESPIRITUAL

(Spiritual Scale de O'Brien, Mary Elisabeth 1998; Tradução, adaptação e validação de Caramelo, 2007)

Instruções: Por favor assinale a resposta que melhor identifica a sua crença pessoal relativamente a cada afirmação. CT – concorda totalmente; C – concorda; I - indeciso; D – discorda; DT – discorda totalmente.

B. Fé Pessoal:

A1 - Há um Ser Supremo, ou Deus, que criou a humanidade e que cuida de todas as criaturas.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

A2 - Eu estou em paz com Deus.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

A3 - Confio que Deus olha por mim.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

A4 - Recebo força e conforto das minhas crenças espirituais.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

A5 - Acredito que Deus se interessa por todas as actividades da minha vida.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

A6 - Creio que Deus cuidará do futuro.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

A7 - As minhas crenças espirituais apoiam uma imagem positiva de mim próprio e dos outros, como filhos de Deus.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

B. Prática Religiosa:

B1 - Pertencer a uma igreja ou grupo de fé é uma parte importante da minha vida.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 - Discorda totalmente

B2 - Sou fortalecido por participar nos serviços religiosos.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 - Discorda totalmente

B3 - Encontro mais satisfação em actividades motivadas pela religião do que em serviços religiosos, por exemplo trabalho voluntário ou ajudar os outros.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 - Discorda totalmente

B4 - Sou apoiado pela relação com amigos ou familiares que partilham as minhas crenças religiosas.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 - Discorda totalmente

B5 - Recebo conforto e apoio de um companheiro espiritual, por exemplo, um sacerdote ou amigo.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 - Discorda totalmente

B6 - A minha relação com Deus é fortalecida pela oração pessoal.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 - Discorda totalmente

B7 - Ler ou pensar em coisas religiosas ou espirituais ajudam-me a comunicar com Deus.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 - Discorda totalmente

C. Paz Espiritual:

C1 - Experimento dor associada com as minhas crenças espirituais.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

C2 - Sinto-me “longe” de Deus.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

C3 - Tenho medo que Deus não consiga tomar conta das minhas necessidades.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

C4 - Fiz algumas coisas que temo que Deus não possa perdoar-me.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

C5 - Sinto-me zangada/o com Deus por permitir que “coisas más” me aconteçam a mim ou às pessoas de quem gosto.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

C6 - Sinto que perdi o amor de Deus.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

C7 - Acredito que não há esperança de obter o amor de Deus.

1 - Concorda totalmente	2 - Concorda	3 - Indeciso	4 - Discorda	5 – Discorda totalmente

Por favor, confira se respondeu a todas as questões.

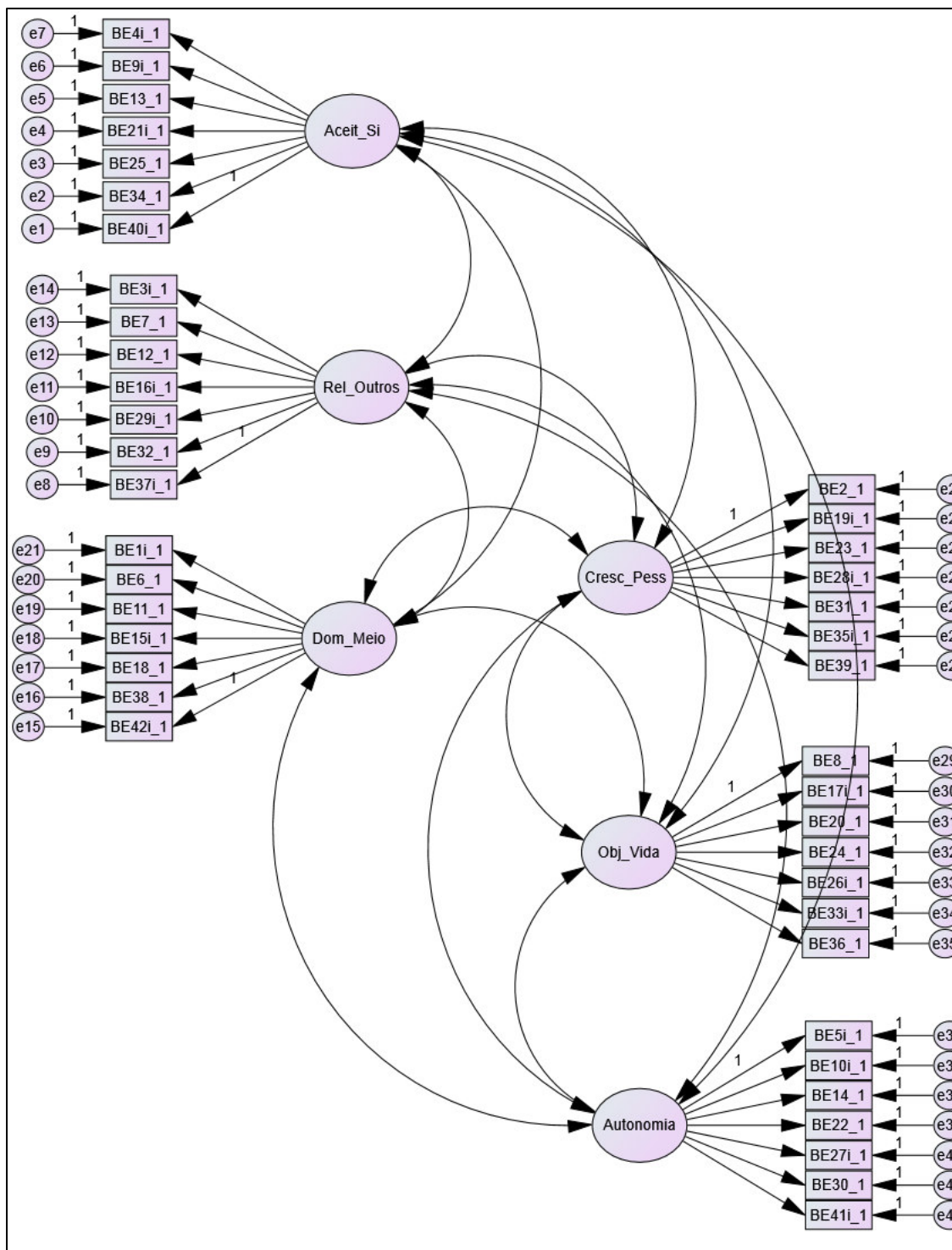
Muito obrigado pela sua colaboração

APÊNDICE 3

Tratamento estatístico

Escala do Bem Estar Psicológico

O desenho do modelo com 42 itens em 5 factores é o apresentado na figura 1:



Este modelo apresenta diversos problemas nomeadamente o facto da matriz de variâncias covariâncias não ser invertível e daí, as estimativas obtidas não serem fiáveis. Isto pode dever-se a várias razões nomeadamente à relação entre a dimensão da amostra, e o nº de itens da escala (que no caso da AFC e modelos de equações estruturais a dimensão da amostra deve ser 10 a 15 vezes o nº de itens da escala!... ou 5 a 10 vezes o nº de parâmetros a estimar.), mas pode dever-se ainda a outros problemas como itens com baixo peso factorial nos respetivos factores e/ou itens fortemente correlacionados com diferentes factores. Os índices de ajustamento obtidos para este modelo são inferiores aos valores considerados como um bom ajustamento assim numa 1ª abordagem retiramos os itens BE8 e BE23i e BE33i por apresentarem pesos factoriais muito inferiores a 0.5.

Fazendo correr novamente este novo modelo, novas correcções se impõem:

BEPsicológico – 2ª correção

Modification Indices (Group number 1 – Default model)

Covariances: (Group number 1 – Default model)

		M.I.	Par Change
e42 <-->	Autonomia	13.241	-.122
e42 <-->	Rel_Outros	11.436	.047
e37 <-->	Rel_Outros	12.535	-.091
e28 <-->	Obj_Vida	11.101	.097
e28 <-->	e41	21.650	.336
e28 <-->	e36	12.087	-.229
e28 <-->	e35	23.533	.332
e27 <-->	Rel_Outros	17.186	.058
e27 <-->	e42	34.635	.153
e25 <-->	e27	30.437	.175
e23 <-->	e33	19.512	.279
e23 <-->	e32	19.771	-.279
e22 <-->	e23	20.187	.408
e19 <-->	Dom_Meio	28.376	-.146
e19 <-->	Rel_Outros	70.226	.206
e18 <-->	e30	35.021	.259
e17 <-->	Dom_Meio	14.352	.101
e17 <-->	Rel_Outros	12.195	-.086
e17 <-->	e28	19.126	.335
e17 <-->	e20	26.297	.434
e17 <-->	e19	14.843	-.310
e16 <-->	e19	13.457	-.244
e16 <-->	e17	11.260	.222
e15 <-->	e18	16.622	-.192
e14 <-->	e42	11.427	.117
e13 <-->	e19	47.350	.559
e13 <-->	e18	13.478	-.226

Retirar a e19 → **BE11_1**, uma vez que está correlacionada com o factor Relação com os outros. Correlacionar os erros e10 → e14, e25 → e27

		M.I.	Par Change
e12 <-->	Dom_Meio	18.050	.137
e12 <-->	Rel_Outros	21.954	-.128
e12 <-->	e38	12.245	.365
e12 <-->	e17	11.473	.314
e11 <-->	e41	12.536	-.170
e11 <-->	e30	12.162	.127
e11 <-->	e27	21.130	.133
e11 <-->	e26	14.445	-.193
e10 <-->	e42	17.461	.113
e10 <-->	e27	11.959	.094
e10 <-->	e14	46.068	.244
e9 <-->	e32	11.561	.219
e8 <-->	e20	11.501	-.198
e8 <-->	e11	20.132	.156
e7 <-->	e38	11.385	-.284
e6 <-->	e41	13.628	-.208
e6 <-->	e28	11.948	-.196
e6 <-->	e27	12.212	.119
e6 <-->	e17	12.979	-.214
e6 <-->	e11	12.368	.132
e5 <-->	e12	37.417	.556
e5 <-->	e11	17.872	-.211
e5 <-->	e10	16.461	-.190
e3 <-->	e18	11.501	-.200
e2 <-->	e28	12.462	.223
e2 <-->	e5	11.057	.217
e1 <-->	e42	14.388	.102

BEPsicológico – 3ª correção

Modification Indices (Group number 1 - Default model)

Covariances: (Group number 1 - Default model)

		M.I.	Par Change
e42 <-->	Autonomia	12.493	-.119
e38 <-->	Obj_Vida	12.561	-.124
e37 <-->	Rel_Outros	12.967	-.094
e28 <-->	e41	20.360	.321
e28 <-->	e36	12.615	-.231
e28 <-->	e35	20.645	.306
e27 <-->	Rel_Outros	14.138	.051
e27 <-->	e42	26.610	.127
e23 <-->	e33	18.293	.269
e23 <-->	e32	18.738	-.272
e22 <-->	e23	18.795	.391
e21 <-->	e42	12.490	.140
e18 <-->	e30	33.309	.252

Retirar o item associado ao erro e28
BE39-1; ao erro e18→BE15i_1,
e12→BE12_1

		M.I.	Par Change
e17 <-->	e28	15.946	.289
e17 <-->	e20	16.693	.326
e15 <-->	Dom_Meio	12.746	-.083
e15 <-->	e18	17.234	-.197
e12 <-->	Dom_Meio	21.388	.160
e12 <-->	Rel_Outros	14.804	-.106
e12 <-->	e38	11.944	.358
e11 <-->	e42	12.682	.104
e11 <-->	e41	11.600	-.165
e11 <-->	e30	12.878	.133
e11 <-->	e27	18.038	.118
e11 <-->	e26	13.370	-.187
e10 <-->	e11	11.388	.095
e9 <-->	e32	11.938	.224
e9 <-->	e15	11.395	.215
e8 <-->	e11	21.939	.166
e7 <-->	e38	11.706	-.289
e6 <-->	e41	13.242	-.206
e6 <-->	e28	11.078	-.187
e6 <-->	e17	12.093	-.200
e6 <-->	e11	11.452	.129
e5 <-->	e12	35.104	.533
e5 <-->	e11	19.881	-.224
e5 <-->	e10	12.447	-.152
e3 <-->	e18	11.491	-.199
e2 <-->	e28	11.375	.210
e1 <-->	e42	15.245	.105

BEPsicológico – 4ª correção

Modification Indices (Group number 1 - Default model)

Covariances: (Group number 1 - Default model)

		M.I.	Par Change
e42 <-->	Autonomia	13.650	-.123
e42 <-->	Rel_Outros	14.652	.063
e32 <-->	Rel_Outros	12.223	.081
e27 <-->	Rel_Outros	15.200	.060
e27 <-->	e42	25.678	.123
e26 <-->	e41	15.243	.302
e23 <-->	e33	19.755	.277
e23 <-->	e32	23.019	-.296
e23 <-->	e31	15.345	.258
e22 <-->	e23	17.799	.379
e21 <-->	Rel_Outros	12.454	.088
e21 <-->	e42	13.492	.144
e17 <-->	e20	17.505	.338

Retirar os itens associados a e42 ->
BE41i, e32->**BE24_1**; e27->**BE35i_1**;
e21 -> **BE1i**, correlacionar e2-> e5

		M.I.	Par Change
e13 <-->	e20	11.974	.302
e11 <-->	e41	12.033	-.165
e11 <-->	e30	14.054	.136
e11 <-->	e27	13.959	.100
e11 <-->	e26	19.576	-.224
e8 <-->	e11	13.688	.125
e7 <-->	e38	11.096	-.280
e6 <-->	e41	13.284	-.207
e6 <-->	e17	11.099	-.192
e5 <-->	e11	12.991	-.178
e2 <-->	e5	11.458	.222
e1 <-->	e42	14.660	.103

BEPsicológico – 5ª correção

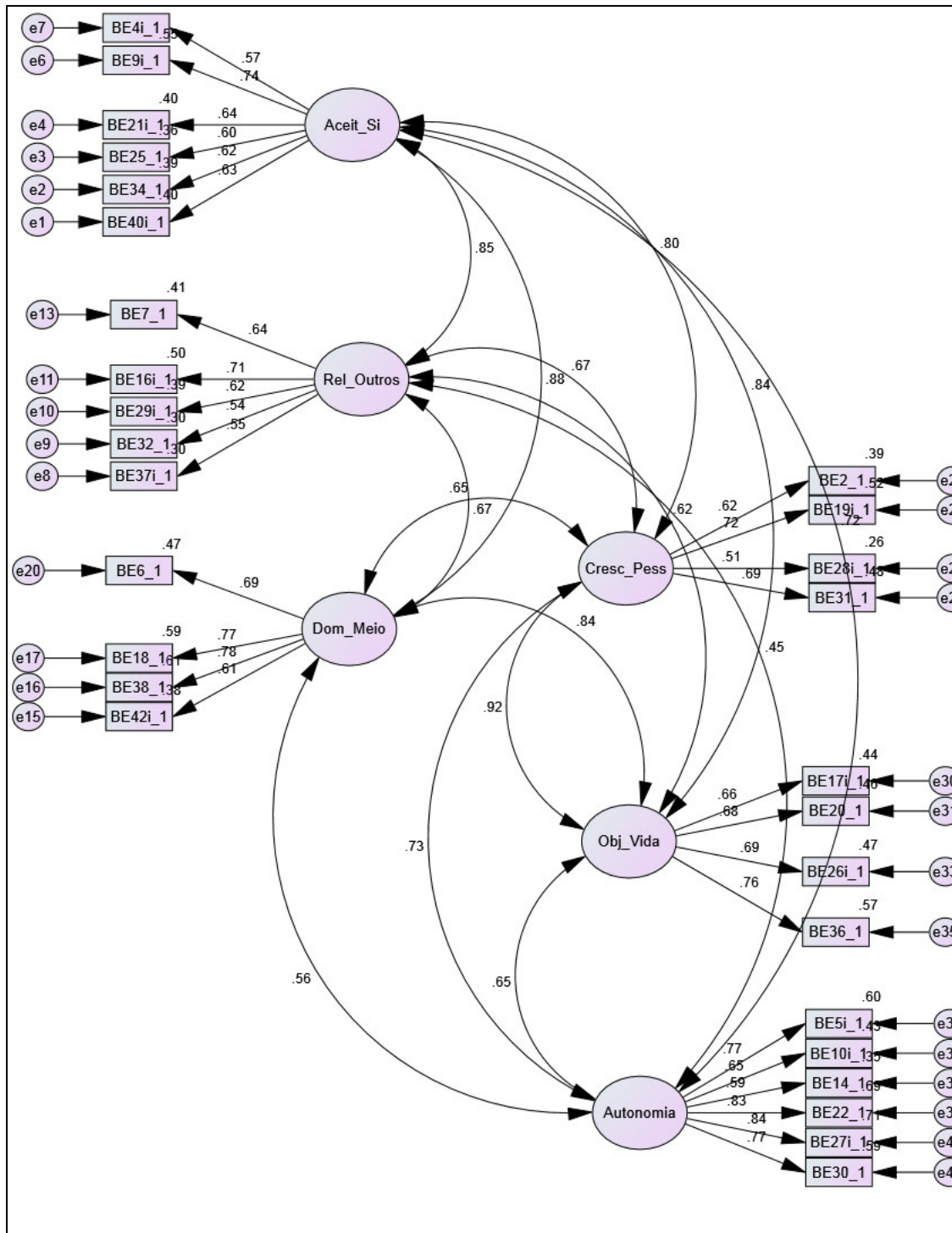
Modification Indices (Group number 1 - Default model)

Covariances: (Group number 1 - Default model)

		M.I.	Par Change
e26 <-->	e41	13.031	.274
e25 <-->	Aceit_Si	11.343	.052
e23 <-->	e33	14.379	.232
e17 <-->	e20	12.402	.277
e13 <-->	Dom_Meio	11.539	.118
e13 <-->	e20	11.177	.290
e11 <-->	e30	15.904	.148
e11 <-->	e26	15.871	-.199
e8 <-->	e11	13.614	.125
e6 <-->	e41	12.759	-.202
e5 <-->	Dom_Meio	12.874	.115
e5 <-->	e7	11.420	.243
e1 <-->	e13	11.425	-.168

Retirar o **Be3i_1**, peso factorial inferior a 0.5 e retirar o item associado ao e5 → **Be13_1**

E assim sucessivamente (com mais correções), obtivemos um modelo:



Este modelo já não tem o problema da matriz ser não invertível no entanto ainda apresenta valores de índices de ajustamento inferiores aos considerados para um bom ajustamento (ver tabela).

Índice de Ajustamento	Valores de Referência (Bom Ajustamento)	Modelo Refinado
χ^2/df	≤ 2	2.4
GFI	> 0.9	0.822
AGFI	> 0.9	0.786
CFI	> 0.9	0.873
RMR	< 0.05	0.110
RMSEA	$]0.05, 0.10]$	0.069

Como se pode observar pela tabela abaixo todos os itens tem pesos factoriais superiores a 0.5, o que não constitui problema.

Estimate			
BE40i_1	<---	Aceit_Si	.634
BE34_1	<---	Aceit_Si	.621
BE25_1	<---	Aceit_Si	.602
BE21i_1	<---	Aceit_Si	.636
BE9i_1	<---	Aceit_Si	.745
BE4i_1	<---	Aceit_Si	.570
BE37i_1	<---	Rel_Outros	.546
BE32_1	<---	Rel_Outros	.544
BE29i_1	<---	Rel_Outros	.623
BE16i_1	<---	Rel_Outros	.708
BE7_1	<---	Rel_Outros	.643
BE42i_1	<---	Dom_Meio	.615
BE38_1	<---	Dom_Meio	.780
BE18_1	<---	Dom_Meio	.768
BE6_1	<---	Dom_Meio	.687
BE2_1	<---	Cresc_Pess	.624
BE19i_1	<---	Cresc_Pess	.719
BE28i_1	<---	Cresc_Pess	.506
BE31_1	<---	Cresc_Pess	.694
BE17i_1	<---	Obj_Vida	.665
BE20_1	<---	Obj_Vida	.677
BE26i_1	<---	Obj_Vida	.688
BE36_1	<---	Obj_Vida	.758
BE5i_1	<---	Autonomia	.774

Estimate			
BE10i_1	<---	Autonomia	.653
BE14_1	<---	Autonomia	.590
BE22_1	<---	Autonomia	.828
BE27i_1	<---	Autonomia	.842
BE30_1	<---	Autonomia	.767

No que se refere às correlações interfactores são todas estatisticamente significativas e a grande parte são correlações muito fortes, o faz antever que quando formos proceder ao cálculo da validade discriminante da escala, iremos ter problemas por que os diferentes itens estão a saturar ou a contribuir para a explicação de diferentes factores.

A solução pode passar pela eliminação de mais itens ou pela fusão de factores.

Correlações inter-factor:

			Estimate
Aceit_Si	<-->	Rel_Outros	.851
Aceit_Si	<-->	Dom_Meio	.881
Aceit_Si	<-->	Cresc_Pess	.799
Aceit_Si	<-->	Obj_Vida	.836
Aceit_Si	<-->	Autonomia	.719
Rel_Outros	<-->	Dom_Meio	.665
Rel_Outros	<-->	Cresc_Pess	.666
Rel_Outros	<-->	Obj_Vida	.617
Rel_Outros	<-->	Autonomia	.445
Dom_Meio	<-->	Cresc_Pess	.652
Dom_Meio	<-->	Obj_Vida	.839
Dom_Meio	<-->	Autonomia	.564
Cresc_Pess	<-->	Obj_Vida	.921
Cresc_Pess	<-->	Autonomia	.731
Obj_Vida	<-->	Autonomia	.654

Atenção que as sucessivas eliminações que fui fazendo, apenas são justificáveis do ponto de vista estatístico e que é necessário a sua justificação teórica...

Relatório Preliminar

Escala Avaliação Espiritual:

O modelo de medida considerando todos os itens do questionário à excepção dos itens B3 e C1, por apresentarem uma elevada taxa de não resposta é o apresentado na figura 1. A qualidade de ajustamento do modelo avaliada por alguns dos índices de ajustamento mais usuais mostra que este modelo apresenta um ajustamento fraco. Necessitando de ser melhorado. A análise dos índices de modificação para este modelo mostra que seria vantajoso correlacionar alguns erros (tabela 2) e a eliminação de alguns itens nomeadamente os itens B7 e B6 por estarem correlacionados com o factor Fé Pessoal, no entanto como os valores destes IM não é muito elevado (muito superior a 11) podemos optar por mantê-los (pelo menos numa 1ª abordagem). Assim procedemos à correlação dos itens com maiores IM e que pertençam a um mesmo factor (tal pode explicar-se pelo facto destes itens partilharem informação). Procedendo a esta correlação obtém-se o modelo que é apresentado na figura 2 e que apresenta um ajustamento que já pode ser considerado aceitável.

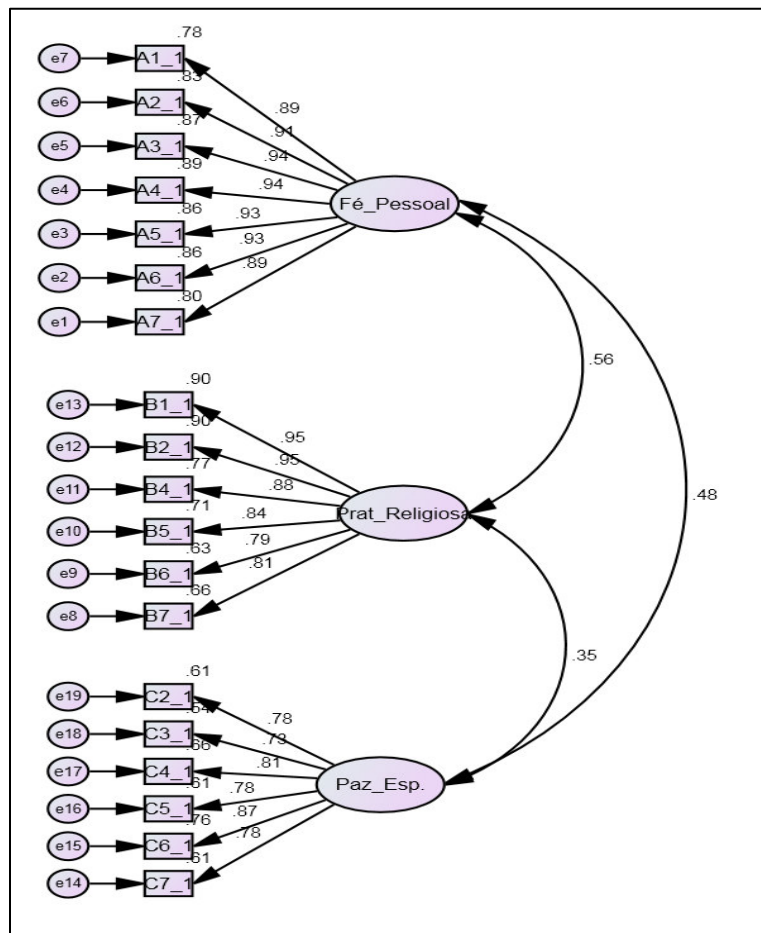


Figura 1

Tabela1

Índice de Ajustamento	Valores de Referência	Modelo Original (Fig.1)	Modelo Refinado (Fig. 2)
χ^2/df		5.038	2.246
GFI		0.805	0.901
AGFI		0.751	0.867
CFI		0.905	0.972
RMR		0.059	0.055
RMSEA		0.117	0.065

Tabela 2

Covariances: (Group number 1 – Default model)

		M.I.	Par Change
e18 <-->	e19	28.667	.119
e12 <-->	e13	21.560	.067
e10 <-->	e11	12.450	.099
e9 <-->	Fé_Pessoal	12.112	.092
e9 <-->	e13	23.427	-.118
e8 <-->	Fé_Pessoal	12.396	.088
e8 <-->	e13	22.571	-.110
e8 <-->	e9	205.871	.533
e6 <-->	e7	16.598	.031
e4 <-->	e19	15.844	.042
e4 <-->	e6	34.682	.035
e3 <-->	e6	32.717	-.040
e3 <-->	e5	27.701	.036
e2 <-->	e15	11.176	.027
e2 <-->	e6	11.548	-.024
e2 <-->	e3	12.694	.027
e1 <-->	e5	13.112	-.026
e1 <-->	e2	14.743	.029

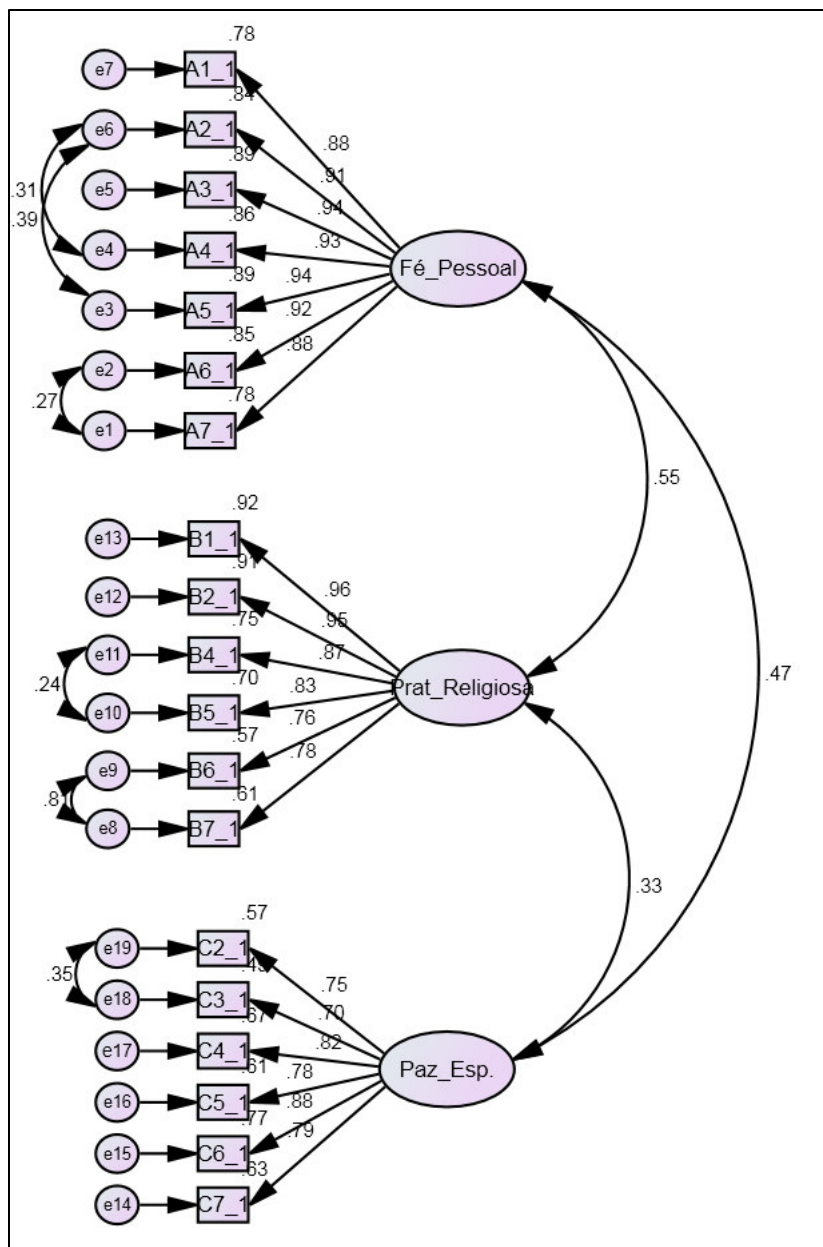


Figura 2

O modelo refinado apresenta valores de ajustamento muito próximo do bom ajustamento.

Como se pode observar todos os itens apresentam pesos factoriais elevados, superiores a 0.7 e todos são estatisticamente significativos ($p < 0.001$).

Em escalas multi-factoriais à autores que recomendam a fiabilidade do constructo seja avaliada pelo “fiabilidade compósita” (FC) uma medida idêntica α -Cronbach (uma vez que este sub-estima a verdadeira fiabilidade). É comumente aceite que há fiabilidade de constructo quando $FC > 0.7$. Todos os factores da escala apresentam elevada fiabilidade ($FC_{fé_pessoal} = 0.97$; $FC_{prát_rel} = 0.95$ e $FC_{paz_esp} = 0.91$), podemos assim concluir que no seu conjunto os itens são uma medida fiável do respectivo factor.

Relativamente à fiabilidade individual de cada um dos itens ou indicadores, esta é avaliada pelo quadrado dos pesos factoriais estandardizados (λ^2) se estes forem superiores a 0.5 podemos afirmar que os itens apresentam fiabilidade individual. Na tabela 3 apresenta-se a fiabilidade individual de cada um dos itens da escala. Como se pode verificar a esmagadora maioria dos itens apresenta elevada fiabilidade individual apenas dois itens apresentam fiabilidade abaixo de 0.6 e uma fiabilidade ligeiramente abaixo de 0.5.

Tabela 3

Itens	Fiabilidade Individual (λ^2)
A7_1	0.774
A6_1	0.846
A5_1	0.887
A4_1	0.863
A3_1	0.885
A2_1	0.837
A1_1	0.783
B7_1	0.618
B6_1	0.572
B5_1	0.696
B4_1	0.753
B2_1	0.906
B1_1	0.925
C7_1	0.627
C6_1	0.771
C5_1	0.610
C4_1	0.667
C3_1	0.489
C2_1	0.569

A validade do constructo é determinada através da avaliação de dois tipos de validade: A validade convergente e a validade discriminante. A validade convergente pretende avaliar se os itens utilizados medem todos o mesmo factor, enquanto que a validade discriminante pretende avaliar se os itens medem constructos diferentes.

A validade convergente é avaliada através do cálculo da variância média extraída pelo constructo (VEM) se os valores desta forem superiores a 0.5, quer dizer que a variância devida ao erro de medida é inferior à variância capturada pelo factor, pelo que pode concluir-se pela validade convergente da escala. Neste caso a escala apresenta validade convergente dado que a VEM para todos os factores é superior a 0.5 (VEM fé_pessoal=0.84; VEM prá_t_rel=0.75; VEM paz_esp=0.62).

A validade discriminante pode ser avaliada através do teste da diferença χ^2 , entre um modelo com restrições (a correlação entre os parâmetros é fixada em 1) e o modelo original. Um valor χ^2 significativamente inferior para o modelo no qual as correlações não foram fixadas à unidade é indicativo de que as características não estão perfeitamente correlacionadas o que suporta a validade discriminante dos factores.

Escala de Bem Estar Espiritual:

De acordo com a informação teórica, esta escala de 21 itens apresenta 4 dimensões ou factores. Dos 21 itens iniciais, dois foram excluídos (ESP5 e ESP6) dado a elevada taxa de não resposta observada. O modelo é o apresentado na figura seguinte. A análise dos índices de ajustamento mostra que o modelo não se encontra bem ajustado aos dados. A melhoria da qualidade do modelo pode ser conseguida se fizermos algumas correlações entre os resíduos de itens do mesmo factor, conforme sugerido pela análise dos IM produzidos pelo Amos e que se podem observar na tabela xxxx. Assim, procedemos à correlação dos itens associados aos resíduos: $e2 \leftrightarrow e4$; $e8 \leftrightarrow e9$ e $e5 \leftrightarrow e6$. Os resultados traduzem uma ligeira melhoria nos índices de ajustamento.

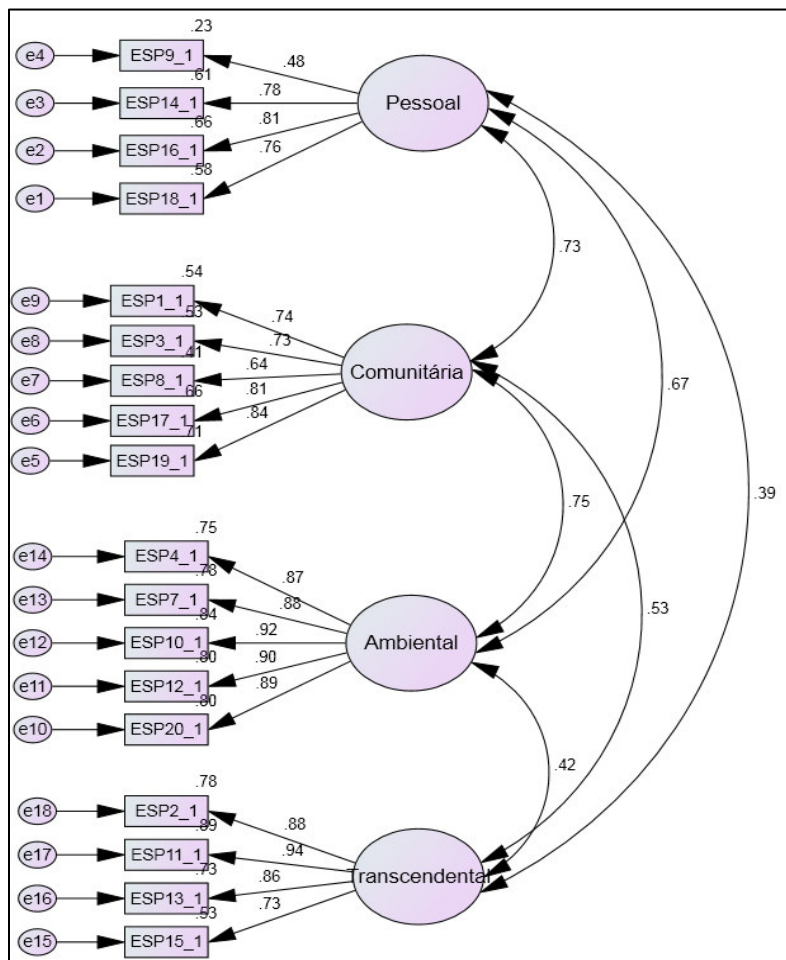


Figura 3

Tabela 4

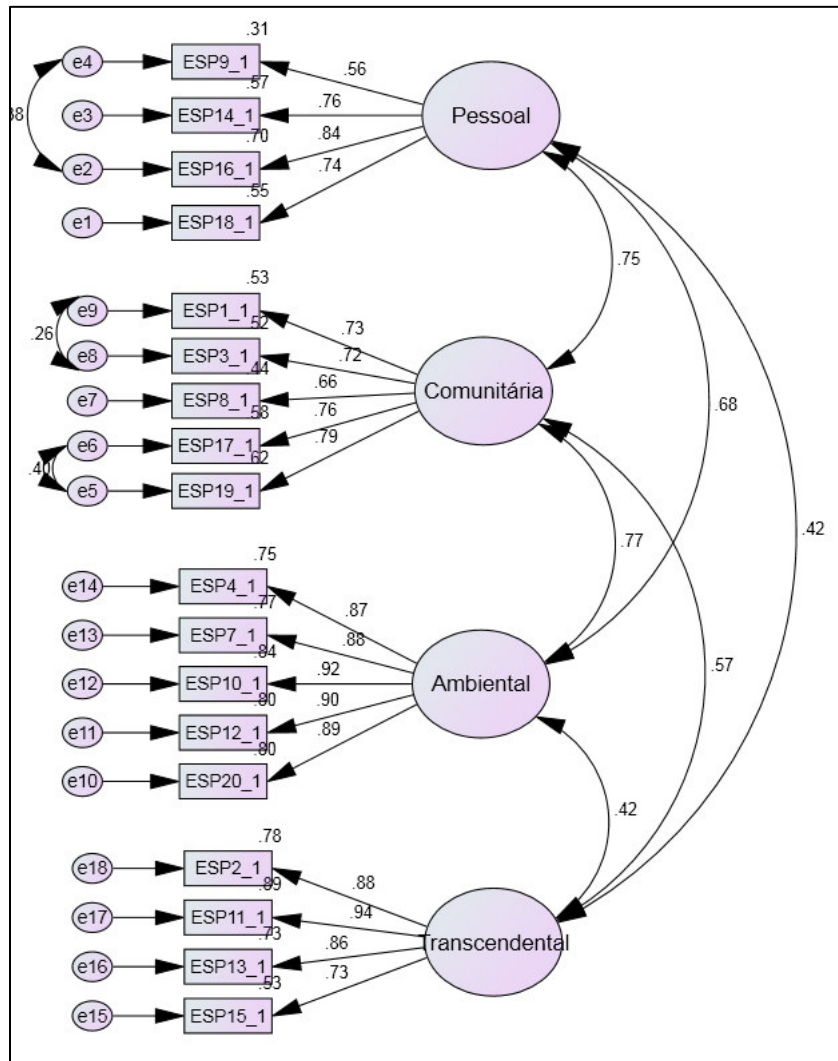
Índice de Ajustamento	Valores de Referência	Modelo Original (Fig.xx)	Modelo Refinado (Fig. xx1)
χ^2/df		3.291	2.803
GFI		0.859	0.886
AGFI		0.813	0.846
CFI		0.928	0.944
RMR		0.062	0.057
RMSEA		0.088	0.078

Tabela 5

Covariances: (Group number 1 - Default model)

			M.I.	Par Change
e16	<-->	Pessoal	14.613	.084
e15	<-->	Comunitária	16.093	.100
e12	<-->	e18	18.092	.063
e9	<-->	e18	16.236	.091
e8	<-->	Transcendental	13.820	.103
e8	<-->	e13	16.272	.060
e8	<-->	e11	11.241	-.049
e8	<-->	e9	22.869	.098
e6	<-->	e18	11.499	-.064
e5	<-->	e6	25.525	.073
e4	<-->	Pessoal	11.865	-.081
e2	<-->	Transcendental	12.099	.122
e2	<-->	e4	14.664	-.099

O modelo com as correlações é o apresentado a seguir. De notar que todos os itens contribuem fortemente para o factor a que pertencem (os pesos factoriais são na grande maioria dos casos superiores a 0.7) e todos são estatisticamente significativos ($p < 0.001$) na explicação do factor.



No que se refere à Fiabilidade, todos os factores apresentam $FC > 0.7$ (FC pessoal=0.82, FC com=0.85; FC amb=0.95; FC trans=0.92), pelo que se pode afirmar que a escala é fiável. Relativamente à fiabilidade individual de cada um dos itens, como se pode verificar na tabela abaixo apenas dois dos itens não apresenta fiabilidade individual.

Itens	Fiabilidade Individual (α^2)
ESP18_1	0.555
ESP16_1	0.701
ESP14_1	0.575
ESP9_1	0.308
ESP19_1	0.619
ESP17_1	0.579
ESP8_1	0.441
ESP3_1	0.523
ESP1_1	0.533
ESP20_1	0.799
ESP12_1	0.803
ESP10_1	0.839
ESP7_1	0.774
ESP4_1	0.753
ESP15_1	0.530
ESP13_1	0.733
ESP11_1	0.889
ESP2_1	0.781

Relativamente à validade convergente, podemos afirmar que a escala apresenta validade convergente uma vez que a VEM é para todos os factores superior a 0.5 (VEM pessoal=0.53, VEM com= 0.54 , VEM amb=0.79 e VEM trans= 0.73)

APÊNDICE 4

Outputs relativos à validação dos pressupostos para realizar testes de hipóteses

Sexo* Espiritualidade (AVE) Validação de pressupostos dos testes paramétricos

Descriptives

		Sexo	Statistic	Std. Error
AVE		Mean	1.6271	.04311
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	1.5419 1.7122
		5% Trimmed Mean	1.5881	
		Median	1.5135	
		Variance	.297	
	Masculino	Std. Deviation	.54534	
		Minimum	.76	
		Maximum	3.58	
		Range	2.82	
		Interquartile Range	.31	
		Skewness	1.107	.192
		Kurtosis	2.202	.381
		Mean	1.3563	.04280
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	1.2716 1.4410
		5% Trimmed Mean	1.3218	
		Median	1.3980	
		Variance	.245	
	Feminino	Std. Deviation	.49546	
		Minimum	.76	
		Maximum	3.30	
		Range	2.54	
		Interquartile Range	.78	
		Skewness	.981	.209
		Kurtosis	2.043	.416

Tests of Normality

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
Sexo		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AVE	Masculino	.161	160	.000	.898	160	.000
	Feminino	.116	134	.000	.904	134	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
AVE	Based on Mean	.235	1	292	.628
	Based on Median	.486	1	292	.486
	Based on Median and with adjusted df	.486	1	265.837	.486
	Based on trimmed mean	.523	1	292	.470

T-Test

Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
AVE	Masculino	160	1.6271	.54534	.04311
	Feminino	134	1.3563	.49546	.04280

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
AVE	Equal variances assumed	.235	.628	4.419	292	.000	.27077	.06127	.15019	.39135
	Equal variances not assumed			4.457	290.044	.000	.27077	.06075	.15120	.39034

Escalão_Etário * Espiritualidade (AVE)

Validação de pressupostos

Descriptives

Escalão_Etário		Statistic	Std. Error	
AVE	Mean	1.5030	.04441	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	1.4152 1.5908	
	5% Trimmed Mean	1.4635		
	Median	1.5040		
	Variance	.276		
	<= 64 anos	Std. Deviation	.52548	
	Minimum	.76		
	Maximum	3.39		
	Range	2.63		
	Interquartile Range	.59		
	Skewness	.983	.205	
	Kurtosis	2.025	.407	
	Mean	1.5042	.04461	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound	1.4161 1.5924	
	5% Trimmed Mean	1.4610		
	Median	1.5040		
	Variance	.307		
	> 64 anos	Std. Deviation	.55365	
	Minimum	.76		
	Maximum	3.58		
Range	2.82			
Interquartile Range	.61			
Skewness	1.062	.195		
Kurtosis	2.154	.389		

Tests of Normality

	Escalador	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AVE	<= 64 anos	.129	140	.000	.910	140	.000
	> 64 anos	.119	154	.000	.910	154	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
AVE	Based on Mean	.277	1	292	.599
	Based on Median	.282	1	292	.596
	Based on Median and with adjusted df	.282	1	291.467	.596
	Based on trimmed mean	.241	1	292	.624

Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
AVE	Masculino	160	1.6271	.54534	.04311
	Feminino	134	1.3563	.49546	.04280

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
AVE	Equal variances assumed	.235	.628	4.419	292	.000	.27077	.06127	.15019	.39135
	Equal variances not assumed			4.457	290.044	.000	.27077	.06075	.15120	.39034

Viver só ou acompanhado* Espiritualidade

Validação de pressupostos

Descriptives

Viver		Statistic	Std. Error	
AVE	Mean	1.3719	.08767	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1.1958	
		Upper Bound	1.5480	
	5% Trimmed Mean	1.2969		
	Median	1.2490		
	Variance	.392		
	Std. Deviation	.62611		
	Minimum	.76		
	Maximum	3.58		
	Range	2.82		
	Interquartile Range	.59		
	Skewness	1.857	.333	
	Kurtosis	4.003	.656	
	Acompanhado	Mean	1.5313	.03315
95% Confidence Interval for Mean		Lower Bound	1.4660	
		Upper Bound	1.5966	
5% Trimmed Mean		1.4993		
Median		1.5040		
Variance		.267		
Std. Deviation		.51670		
Minimum		.76		
Maximum		3.45		
Range		2.69		
Interquartile Range		.56		
Skewness		.827	.156	
Kurtosis		1.771	.311	

Tests of Normality

	Viver	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AVE	Sozinho	.192	51	.000	.793	51	.000
	Acompanhado	.121	243	.000	.926	243	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
AVE	Based on Mean	1.450	1	292	.230
	Based on Median	1.244	1	292	.266
	Based on Median and with adjusted df	1.244	1	278.829	.266
	Based on trimmed mean	1.250	1	292	.264

Group Statistics

		Viver	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
AVE	Sozinho		51	1.3719	.62611	.08767
	Acompanhado		243	1.5313	.51670	.03315

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
AVE	Equal variances assumed	1.450	.230	-1.928	292	.055	-.15945	.08271	-.32223	.00334
	Equal variances not assumed			-1.701	65.041	.094	-.15945	.09373	-.34663	.02774

Viver só ou acompanhado *BEE

Validação de pressupostos

Descriptives

	Viver		Statistic	Std. Error
Espiritualidade_C		Mean	3.4881	.09244
		95% Confidence Interval for Mean	3.3025	
		Lower Bound	3.6738	
		Upper Bound	3.5281	
		5% Trimmed Mean	3.5637	
		Median	.436	
		Variance	.66012	
		Std. Deviation	1.46	
		Minimum	4.62	
		Maximum	3.16	
		Range	.82	
		Interquartile Range	-.985	.333
		Skewness	1.770	.656
		Kurtosis	3.3547	.03691
		Mean	3.2820	
		95% Confidence Interval for Mean	3.4274	
		Lower Bound	3.3797	
		Upper Bound	3.4320	
		5% Trimmed Mean	.331	
		Median	.57532	
		Variance	1.27	
		Std. Deviation	4.62	
		Minimum	3.35	
	Maximum	.70		
	Range	-.804	.156	
	Interquartile Range	1.127	.311	
	Skewness			
	Kurtosis			

Tests of Normality

	Viver	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Espiritualidade_C	Sozinho	.129	51	.032	.939	51	.011
	Acompanhado	.077	243	.001	.961	243	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Espiritualidade_C	Based on Mean	.570	1	292	.451
	Based on Median	.507	1	292	.477
	Based on Median and with adjusted df	.507	1	285.664	.477
	Based on trimmed mean	.497	1	292	.481

Group Statistics

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Espiritualidade_C	Sozinho	51	3.4881	.66012	.09244
	Acompanhado	243	3.3547	.57532	.03691

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Espiritualidade_C	Equal variances assumed	.570	.451	1.467	292	.144	.13345	.09098	-.04562	.31251
	Equal variances not assumed			1.341	66.862	.185	.13345	.09953	-.06522	.33212

Sexo* BEE

Validação de pressupostos

Descriptives

	Sexo	Statistic	Std. Error		
Espiritualidade_ C	Masculin o	Mean	3.3434	.04747	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.2497	
			Upper Bound	3.4372	
		5% Trimmed Mean	3.3667		
		Median	3.3802		
		Variance	.361		
		Std. Deviation	.60042		
		Minimum	1.35		
		Maximum	4.62		
	Range	3.26			
	Interquartile Range	.78			
	Skewness	-.729	.192		
	Kurtosis	.924	.381		
	Feminino	Mean	3.4189	.05020	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	3.3196	
			Upper Bound	3.5182	
		5% Trimmed Mean	3.4482		
		Median	3.5222		
		Variance	.338		
Std. Deviation		.58106			
Minimum		1.27			
Maximum		4.62			
Range		3.35			
Interquartile Range	.66				
Skewness	-.915	.209			
Kurtosis	1.698	.416			

Tests of Normality

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Espiritualidade_C	Masculino	.077	160	.021	.964	160	.000
	Feminino	.108	134	.001	.952	134	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Espiritualidade_C	Based on Mean	.474	1	292	.492
	Based on Median	.606	1	292	.437
	Based on Median and with adjusted df	.606	1	290.994	.437
	Based on trimmed mean	.523	1	292	.470

Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Espiritualidade_C	Masculino	160	3.3434	.60042	.04747
	Feminino	134	3.4189	.58106	.05020

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Espiritualidade_C	Equal variances assumed	.474	.492	-1.089	292	.277	-.07543	.06929	-.21180	.06093
	Equal variances not assumed			-1.092	285.950	.276	-.07543	.06909	-.21141	.06055

Escalão_Etário* BEE

Validação de pressupostos

Descriptives

Escalão Etário		Statistic	Std. Error
BEE	Mean	3.3456	.05236
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 3.2420 Upper Bound 3.4491	
	5% Trimmed Mean	3.3716	
	Median	3.3802	
	Variance	.384	
	Std. Deviation	.61949	
	Minimum	1.35	
	Maximum	4.62	
	Range	3.26	
	Interquartile Range	.78	
	Skewness	-.748	.205
	Kurtosis	1.096	.407
	Mean	3.4071	.04561
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 3.3170 Upper Bound 3.4972	
	5% Trimmed Mean	3.4320	
	Median	3.4887	
	Variance	.320	
	Std. Deviation	.56602	
	Minimum	1.27	
	Maximum	4.56	
Range	3.29		
Interquartile Range	.68		
Skewness	-.856	.195	
Kurtosis	1.321	.389	

Tests of Normality

	Escalador Etio	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Espiritualidade_C	<= 64 anos	.080	140	.027	.961	140	.000
	> 64 anos	.098	154	.001	.958	154	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Espiritualidade_C	Based on Mean	1.008	1	292	.316
	Based on Median	1.053	1	292	.306
	Based on Median and with adjusted df	1.053	1	291.256	.306
	Based on trimmed mean	1.007	1	292	.316

Group Statistics

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Espiritualidade_C	<= 64 anos	140	3.3456	.61949	.05236
	> 64 anos	154	3.4071	.56602	.04561

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Espiritualidade_C	Equal variances assumed	1.008	.316	-.891	292	.374	-.06158	.06914	-.19766	.07449
	Equal variances not assumed			-.887	282.315	.376	-.06158	.06944	-.19826	.07510

Escalão_Etário * Religiosidade (DUKE)

Validação de pressupostos

Descriptives

Escalão_Etário		Statistic	Std. Error
Relig_C	Mean	2.2514	.06210
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.1286
		Upper Bound	2.3742
	5% Trimmed Mean	2.3067	
	Median	2.3285	
	Variance	.540	
	<= 64 anos Std. Deviation	.73481	
	Minimum	.58	
	Maximum	2.93	
	Range	2.35	
	Interquartile Range	1.15	
	Skewness	-1.104	.205
	Kurtosis	.292	.407
	Mean	2.3453	.05991
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.2270
		Upper Bound	2.4637
5% Trimmed Mean	2.4108		
Median	2.8470		
Variance	.553		
> 64 anos Std. Deviation	.74348		
Minimum	.58		
Maximum	2.93		
Range	2.35		
Interquartile Range	.96		
Skewness	-1.297	.195	
Kurtosis	.624	.389	

Tests of Normality

	Escalator	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Relig_C	<= 64 anos	.194	140	.000	.812	140	.000
	> 64 anos	.263	154	.000	.756	154	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Based on Mean	.036	1	292	.849
Based on Median	.000	1	292	.992
Relig_C Based on Median and with adjusted df	.000	1	259.707	.992
Based on trimmed mean	.115	1	292	.735

Group Statistics

	Escalator	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Relig_C	<= 64 anos	140	2.2514	.73481	.06210
	> 64 anos	154	2.3453	.74348	.05991

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
Relig_C	Equal variances assumed	.036	.849	-1.088	292	.278	-.09389	.08634	-.26382	.07603
	Equal variances not assumed			-1.088	289.957	.277	-.09389	.08629	-.26373	.07594

Viver só ou acompanhado* Religiosidade

Validação de Pressupostos

Descriptives

Viver		Statistic	Std. Error
Relig_C	Mean	2.4644	.08023
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 2.3033 Upper Bound 2.6256	
	5% Trimmed Mean	2.5293	
	Median	2.6510	
	Variance	.328	
	Std. Deviation	.57292	
	Minimum	.58	
	Maximum	2.93	
	Range	2.35	
	Interquartile Range	.65	
	Skewness	-1.541	.333
	Kurtosis	2.663	.656
	Mean	2.2662	.04918
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 2.1694 Upper Bound 2.3631	
5% Trimmed Mean	2.3233		
Acompanhado	Median	2.3460	
	Variance	.588	
	Std. Deviation	.76656	
	Minimum	.58	
	Maximum	2.93	
	Range	2.34	
	Interquartile Range	1.16	
	Skewness	-1.110	.156
	Kurtosis	.108	.311

Tests of Normality

	Viver	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Relig_C	Sozinho	.238	51	.000	.781	51	.000
	Acompanhado	.228	243	.000	.789	243	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Relig_C	Based on Mean	5.412	1	292	.021
	Based on Median	4.404	1	292	.037
	Based on Median and with adjusted df	4.404	1	287.718	.037
	Based on trimmed mean	4.402	1	292	.037

Group Statistics

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Relig_C	Sozinho	51	2.4644	.57292	.08023
	Acompanhado	243	2.2662	.76656	.04918

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Relig_C	Equal variances assumed	5.412	.021	1.746	292	.082	.19821	.11352	-.02521	.42163
	Equal variances not assumed			2.106	91.949	.038	.19821	.09410	.01132	.38510

Nonparametric Tests

Mann-Whitney Test

Ranks				
	Viver	N	Mean Rank	Sum of Ranks
	Sozinho	51	168.42	8589.50
Relig_C	Acompanhado	243	143.11	34775.50
	Total	294		

Test Statistics ^a	
	Relig_C
Mann-Whitney U	5129.500
Wilcoxon W	34775.500
Z	-1.936
Asymp. Sig. (2-tailed)	.053

a. Grouping Variable: Viver

Sexo* Religiosidade

Validação de pressupostos

Tests of Normality

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Relig_C	Masculino	.172	160	.000	.845	160	.000
	Feminino	.338	134	.000	.677	134	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Based on Mean	20.787	1	292	.000
Based on Median	17.432	1	292	.000
Relig_C Based on Median and with adjusted df	17.432	1	291.992	.000
Based on trimmed mean	21.567	1	292	.000

Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Relig_C	Masculino	160	2.0795	.79701	.06301
	Feminino	134	2.5646	.56273	.04861

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Relig_C Equal variances assumed	20.787	.000	-5.916	292	.000	-.48503	.08198	-.64638	-.32368
Relig_C Equal variances not assumed			-6.095	284.230	.000	-.48503	.07958	-.64168	-.32839

Mann-Whitney Test

Test Statistics^{a,b}

	Relig_C
Mann-Whitney U	5605.000
Wilcoxon W	18485.000
Z	-7.057
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: Sexo

b. Some or all exact significances cannot be computed because there is insufficient memory.

Sexo* Saúde mental

Validação de pressupostos

Descriptives

	Sexo		Statistic	Std. Error
SMental_C	Masculino	Mean	2.8980	.07668
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	2.7466	
		Upper Bound	3.0495	
		5% Trimmed Mean	2.9089	
		Median	2.9980	
		Variance	.941	
		Std. Deviation	.96992	
		Minimum	.79	
		Maximum	4.71	
	Range	3.93		
	Interquartile Range	1.46		
	Skewness	-.150	.192	
	Kurtosis	-.712	.381	
	Feminino	Mean	2.3476	.09353
		95% Confidence Interval for Mean		
		Lower Bound	2.1626	
		Upper Bound	2.5326	
		5% Trimmed Mean	2.3294	
		Median	2.3075	
Variance		1.172		
Std. Deviation		1.08269		
Minimum		.79		
Maximum		4.71		
Range	3.93			
Interquartile Range	1.97			
Skewness	.111	.209		
Kurtosis	-1.227	.416		

Tests of Normality

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SMental_C	Masculino	.052	160	.200*	.981	160	.027
	Feminino	.092	134	.007	.942	134	.000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Based on Mean	4.729	1	292	.030
Based on Median	4.846	1	292	.028
SMental_C Based on Median and with adjusted df	4.846	1	291.506	.028
Based on trimmed mean	4.736	1	292	.030

Mann-Whitney Test

Test Statistics^a

	SMental_C
Mann-Whitney U	7638.500
Wilcoxon W	16683.500
Z	-4.245
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Grouping Variable: Sexo

Ranks

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
SMental_C	Masculino	160	166.76	26681.50
	Feminino	134	124.50	16683.50
	Total	294		

Escalão_Etário* Saúde Mental

Validação de pressupostos

Descriptives

Escalão_Etário		Statistic	Std. Error	
SMental_C	Mean	2.7030	.09253	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.5200	
		Upper Bound	2.8859	
	5% Trimmed Mean	2.7016		
	Median	2.8095		
	<= 64 anos	Variance	1.199	
		Std. Deviation	1.09478	
	Minimum	.79		
	Maximum	4.71		
	Range	3.93		
	Interquartile Range	1.78		
	Skewness	-.171	.205	
	Kurtosis	-.890	.407	
	> 64 anos	Mean	2.5964	.08244
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.4335
Upper Bound			2.7593	
5% Trimmed Mean		2.5958		
Median		2.6040		
> 64 anos		Variance	1.047	
		Std. Deviation	1.02310	
Minimum		.83		
Maximum		4.71		
Range		3.89		
Interquartile Range		1.81		
Skewness		-.027	.195	
Kurtosis		-1.061	.389	

Tests of Normality

	Escalador_Etadio	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SMental_C	<= 64 anos	.084	140	.017	.962	140	.001
	> 64 anos	.094	154	.002	.963	154	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
SMental_C	Based on Mean	.220	1	292	.639
	Based on Median	.160	1	292	.689
	Based on Median and with adjusted df	.160	1	283.640	.689
	Based on trimmed mean	.221	1	292	.638

Group Statistics

		Escalador_Etadio	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SMental_C	<= 64 anos		140	2.7030	1.09478	.09253
	> 64 anos		154	2.5964	1.02310	.08244

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SMental_C	Equal variances assumed	.220	.639	.863	292	.389	.10658	.12353	-.13654	.34970
	Equal variances not assumed			.860	284.443	.390	.10658	.12393	-.13735	.35051

Viver* Saúde Mental

Validação de pressupostos

Descriptives

	Viver		Statistic	Std. Error	
SMental_C	Sozinho	Mean	2.7796	.14393	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.4905	
			Upper Bound	3.0687	
		5% Trimmed Mean	2.7885		
		Median	2.7770		
		Variance	1.057		
		Std. Deviation	1.02789		
		Minimum	.79		
		Maximum	4.71		
		Range	3.93		
	Interquartile Range	1.79			
	Skewness	-.173	.333		
	Kurtosis	-.907	.656		
	Acompanhado	Mean	2.6193	.06822	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.4850	
			Upper Bound	2.7537	
		5% Trimmed Mean	2.6131		
		Median	2.6640		
		Variance	1.131		
		Std. Deviation	1.06342		
Minimum		.79			
Maximum		4.71			
Range		3.93			
Interquartile Range	1.81				
Skewness	-.072	.156			
Kurtosis	-.982	.311			

Tests of Normality

	Viver	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
SMental_C	Sozinho	.083	51	.200*	.971	51	.234
	Acompanhado	.069	243	.007	.967	243	.000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
SMental_C	Based on Mean	.340	1	292	.560
	Based on Median	.309	1	292	.579
	Based on Median and with adjusted df	.309	1	291.997	.579
	Based on trimmed mean	.345	1	292	.557

Escalão_Etário * BEP

Descriptives

	Escalão_Etário	Statistic	Std. Error
BEP_C	Mean	2.4821	.03749
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 2.4080 Upper Bound 2.5562	
	5% Trimmed Mean	2.4863	
	Median	2.4669	
	Variance	.197	
	<= 64 anos Std. Deviation	.44364	
	Minimum	1.34	
	Maximum	3.47	
	Range	2.13	
	Interquartile Range	.60	
	Skewness	-.114	.205
	Kurtosis	-.264	.407
	Mean	2.4353	.03920
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 2.3578 Upper Bound 2.5127	
	5% Trimmed Mean	2.4354	
	Median	2.4541	
	> 64 anos	Variance	.237
Std. Deviation	.48645		
Minimum	1.14		
Maximum	3.55		
Range	2.41		
Interquartile Range	.68		
Skewness	.084	.195	
Kurtosis	-.267	.389	

Tests of Normality

	Escalão_Etário	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BEP_C	<= 64 anos	.068	140	.200 [*]	.992	140	.571
	> 64 anos	.055	154	.200 [*]	.991	154	.416

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
BEP_C	Based on Mean	1.279	1	292	.259
	Based on Median	1.273	1	292	.260
	Based on Median and with adjusted df	1.273	1	290.354	.260
	Based on trimmed mean	1.275	1	292	.260

Group Statistics

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
BEP_C	<= 64 anos	140	2.4821	.44364	.03749
	> 64 anos	154	2.4353	.48645	.03920

Sexo* BEP

Descriptives

	Sexo		Statistic	Std. Error	
BEP_C	Masculino	Mean	2.5366	.03746	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 2.4626 Upper Bound 2.6105		
		5% Trimmed Mean	2.5377		
		Median	2.4943		
		Variance	.225		
		Std. Deviation	.47382		
		Minimum	1.48		
		Maximum	3.55		
		Range	2.07		
		Interquartile Range	.67		
		Skewness	.012	.192	
		Kurtosis	-.495	.381	
		Feminino	Mean	2.3633	.03808
			95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 2.2880 Upper Bound 2.4386	
	5% Trimmed Mean		2.3704		
	Median		2.3753		
	Variance		.194		
	Std. Deviation		.44076		
	Minimum		1.14		
	Maximum		3.32		
	Range	2.18			
	Interquartile Range	.64			
Skewness	-.145	.209			
Kurtosis	-.107	.416			

Tests of Normality

	Sexo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BEP_C	Masculino	.055	160	.200 [*]	.987	160	.144
	Feminino	.042	134	.200 [*]	.991	134	.549

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
BEP_C	Based on Mean	.704	1	292	.402
	Based on Median	.580	1	292	.447
	Based on Median and with adjusted df	.580	1	289.748	.447
	Based on trimmed mean	.722	1	292	.396

Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
BEP_C	Masculino	160	2.5366	.47382	.03746
	Feminino	134	2.3633	.44076	.03808

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
BEP_C	Equal variances assumed	.704	.402	3.224	292	.001	.17328	.05376	.06749	.27908
	Equal variances not assumed			3.244	288.767	.001	.17328	.05341	.06816	.27841

Viver só ou acompanhado* BEP

Validação de pressupostos

Tests of Normality

	Viver	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BEP_C	Sozinho	.075	51	.200 [*]	.970	51	.213
	Acompanhado	.047	243	.200 [*]	.992	243	.243

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Group Statistics

	Viver	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
BEP_C	Sozinho	51	2.5253	.48874	.06844
	Acompanhado	243	2.4434	.46130	.02959

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
BEP_C	.514	.474	1.141	292	.255	.08191	.07179	-.05938	.22321
			1.099	69.940	.276	.08191	.07456	-.06679	.23062