



Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga

Espiritualidade, Religiosidade e Qualidade de Vida nos Idosos

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Bárbara Fernanda Vaz Lima



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2013



Universidade Católica Portuguesa

Centro Regional de Braga

Espiritualidade, Religiosidade e Qualidade de Vida nos Idosos

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde.**

Bárbara Fernanda Vaz Lima

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha
Veiga Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2013

Agradecimentos

Na elaboração da dissertação, devo um agradecimento especial à Professora Doutora Fabrizia Raguso a qual se revelou sempre disponível a questões que envolveram todo o estudo, bem como, à orientadora de estágio Professora Doutora Eleonora Costa que prestou todo o apoio e tornou a realização deste trabalho uma experiência amplamente positiva. Gostaria também de agradecer às Instituições que possibilitaram a recolha dos dados e aos participantes informais que se mostraram cooperantes nesta tarefa.

Resumo

O presente estudo tem como finalidade estudar a importância que o papel da espiritualidade e religiosidade tem na Qualidade de vida dos Idosos. Os participantes deste estudo foram idosos com idades compreendidas entre os 60 e os 84 anos. A amostra é constituída por 100 sujeitos de ambos os sexos cuja participação foi voluntária. Um dos critérios de exclusão foi a presença de doença física associada e/ou psicopatologia diagnosticada. É um estudo descritivo, inferencial e de correlação.

A recolha de dados foi efetuada através do questionário sociodemográfico, do instrumento WHOQOL-Bref, do *Mini-Mental State Examination* (MMSE) da escala de *Coping Religioso e Espiritual* (RCOPE adaptada a população portuguesa de Portugal) e Escala Geriátrica de Depressão (EGD).

Os resultados alcançados revelam que não há relação entre a qualidade de vida e as estratégias positivas de coping religioso e espiritual. Verificou-se ainda que existem diferenças estatisticamente significativas na utilização de estratégias de coping religioso e espiritual positivo em função do género, sendo as mulheres as que mais utilizam estas estratégias.

Verificou-se também que não existem diferenças estatisticamente significativas em termos de utilização de estratégias de coping religioso e espiritual positivo face à deterioração cognitiva. Por último observou-se que os participantes, independentemente do estado civil, utilizam estratégias de coping religioso e espiritual positivo.

Os dados do presente estudo revelam a importância da utilização das estratégias de coping religioso e espiritual positivo, como, fator protetor para as situações de vida, físicas e psicológicas, na velhice.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida, Envelhecimento, Espiritualidade, Estratégias de Coping

Abstract

The present study aims to study the importance of the role that spirituality and religiosity has on Life Quality in Elderly. The study participants were seniors aged between 60 to 84 years. The sample consisted of 100 subjects of both sexes, whose/which participation was voluntary. One of the exclusion criteria was the presence of physical illness associated with and/or diagnosed psychopathology. The study is descriptive, inferential and of correlation.

Data collection was conducted through a demographic questionnaire, the WHOQOL - Bref of Mini-Mental State Examination (MMSE), of Religious and Spiritual Coping scale (RCOPE adapted to portuguese population of Portugal) and Geriatric Depression Scale (GDS).

The results obtained show that there is no relation between Life Quality and positive strategies of religious and spiritual coping. It was verified that, there are no statistical significant differences in the use of positive strategies of religious and spiritual coping by gender, being the women who uses more these strategies.

It was also noted, that there are no statistically significant differences in the use of positive strategies of religious and spiritual coping in relation to cognitive deterioration.

Finally it was observed that participants, regardless of marital status, use positive strategies of religious and spiritual coping. The data of this study reveal the importance of using positive strategies of religious and spiritual coping, as a protective factor for physical and psychological situations of life, in old age.

Keywords: Life Quality, Aging, Spirituality, Coping Strategies

Índice

Capítulo I.....	pág. 1
1. O Século dos Idosos.....	pág. 1
1.1. Epidemiologia.....	pág. 2
1.2. Mudanças sociais na terceira idade.....	pág. 4
1.3. Mudanças psicológicas na terceira idade.....	pág. 6
Capítulo II.....	pág. 12
2. Espiritualidade e Religiosidade na Terceira Idade.....	pág. 12
2.1. Fenómeno da espiritualidade e religiosidade.....	pág. 13
2.2. A espiritualidade enquanto estratégias de <i>coping</i>	pág. 17
2.3. Espiritualidade e qualidade de vida.....	pág. 18
Capítulo III.....	pág. 23
3. Qualidade de vida na Terceira Idade.....	pág. 23
3.1. Contextualização da qualidade de vida.....	pág. 24
3.2. Conceito de qualidade de vida.....	pág. 26
4. Metodologia.....	pág. 29
4.1. Objetivo da Investigação.....	pág. 29
4.2. Amostra.....	pág. 30
4.3. Hipóteses de Investigação.....	pág. 30
4.4. Design do Estudo.....	pág. 30
4.5. Variáveis de Estudo.....	pág. 30
4.6. Procedimentos de análise de dados.....	pág. 30
4.7. Instrumentos.....	pág. 31
4.7.1. Questionário sócio Demográfico.....	pág. 31
4.7.2. Escala Geriátrica de depressão.....	pág. 31
4.7.3. Mini-mental State (MMSE).....	pág. 32
4.7.4. Instrumento da qualidade de vida (WHOQOL-Bref).....	pág. 33
4.7.5. Escala RCOPE.....	pág. 34
4.8. Análise dos resultados.....	pág. 35
5. Caracterização sociodemográfica	pág. 36
5.1. Análise dos Instrumentos.....	pág. 38
5.2. Teste de Hipóteses.....	pág. 39
5.2.1. Hipótese 1.....	pág. 39
5.2.2. Hipótese 2.....	pág. 40

5.1.3. Hipótese 3.....	pág. 40
5.2.4. Hipótese 4.....	pág. 41
5.3. Correlações.....	pág. 41
6. Análise Exploratória/ Discussão dos resultados.....	pág. 42
6.1. Estratégias de coping religioso e espiritual positivo e qualidade de vida.....	pág.42
6.2. Estratégias de coping religioso e espiritual positivo e gênero.....	pág. 44
6.3. Estratégias de coping religioso e espiritual positivo e competências inerentes à idade (capacidade cognitiva).....	pág. 45
6.4. Estratégias de coping religioso e espiritual positivo e situação de vida (estado civil).....	pág. 46
7. Limitações do estudo.....	pág. 47
8. Conclusões.....	pág. 47
9. Implicações futuras.....	pág. 49
10. Referências Bibliográficas.....	pág. 50
Tabela 1.....	pág. 37
Tabela 2.....	pág. 37
Tabela 3.....	pág. 38
Tabela 4.....	pág. 39
Tabela 5.....	pág. 39
Tabela 6.....	pág. 40
Tabela 7.....	pág. 40
Tabela 8.....	pág. 41
Anexo I.....	Escala de RCOPE
Anexo II.....	Questionário Sociodemográfico
Anexo III.....	Escala Geriátrica de Depressão
Anexo IV.....	Mini Mental State
Anexo V.....	Questionário de qualidade de vida
Anexo VI.....	Pedidos a Instituições para recolha da amostra

Capítulo I

1. O Século dos Idosos

Podemos nomear o século XXI, dentro das diversas caracterizações, como o “século dos idosos”. A união Europeia declarou o ano de 1993 como o ano europeu das pessoas de idade avançada e de solidariedade entre as gerações e o ano de 1996 como o ano europeu da educação e da formação permanentes que abrange também a última etapa da vida (Oliveira, 2012). As Nações Unidas declararam, por sua vez, o ano de 1999, como o ano dos idosos, no qual foi atribuído o lema “construir uma sociedade para todas as idades”, com o objetivo de promover os princípios da ONU para as pessoas idosas, tais como: independência, participação, cuidados, auto-realização e dignidade. No mundo ocidental, instalou-se a Era da longevidade e surgiram novas denominações, tais como, “envelhecimento secundário” ou “envelhecimento do envelhecimento”. Este aspeto pode estar na base de problemas ou desafios à sociedade e em particular à educação (Oliveira, 2012).

Nesta ocasião o Papa João Paulo II dirigiu uma carta aos anciãos, na qual foi solicitada uma urgente promoção de uma cultura da ancianidade ou cultura do envelhecimento. Neste sentido, os responsáveis políticos e as instâncias sociais deveriam fomentar o respeito pelos mais idosos. Este respeito está na base do cumprimento de alguns princípios fundamentais: *o princípio da dignidade* - os cidadãos mais velhos devem desfruir de todos os direitos; *O princípio da autonomia* - em todos os sentidos e circunstâncias, particularmente na reforma; *O princípio do desenvolvimento pessoal* - fornecer a estes cidadãos condições para o seu pleno desenvolvimento; *O princípio do acesso aos cuidados* - de saúde; *O princípio da participação* - na política e outras atividades (Nazareth, 1999). Contudo, entre os direitos e deveres dos idosos, encontra-se também presente o direito à educação, indicando assim, que a sociedade deve proporcionar aos cidadãos, que alcançam a terceira idade, uma educação permanente ao longo da vida. Este fenómeno poderia designar-se de gerontagogia (Nazareth, 1999).

As estatísticas a nível mundial, nomeadamente na Europa, têm revelado percentagens alarmantes, com o aumento exponencial de idosos e diminuição do número de jovens. Este acontecimento pode observar-se em Portugal onde nos últimos quarenta anos do século passado, as pessoas com mais de 65 anos praticamente duplicaram, passaram assim de 1 milhão para 2 milhões, enquanto os jovens até aos 14

anos diminuíram de 3 milhões para 2 milhões, aproximadamente. O rápido envelhecimento da população origina diversas consequências não tendo de ser necessariamente negativas. Os idosos podem ter um papel fundamental no acréscimo do otimismo e de sabedoria, que por vezes, podem superar os da população mais jovem. As investigações comprovam que sobretudo a partir dos 60 anos as pessoas tendem a sentir-se mais novas. Neste sentido, podemos deduzir que esta perceção dos idosos é positiva e pode estar associada a uma maior satisfação com a vida (Montepare & Lachman, 1989). Porém, o problema não se encontra no número elevado de idosos mas sim, no número reduzido de crianças (Oliveira, 2012).

Nos últimos anos a literatura sobre o envelhecimento tem crescido exponencialmente, assim podemos considerá-la como a época de ouro na investigação gerontológica (Birren,1999). Para além da qualidade de vida e organização da sociedade, o envelhecimento é uma das mais complexas séries de fenómenos que a ciência tem de enfrentar. Em Portugal, os psicólogos, apenas na última década do século passado, deram atenção ao domínio da psicogerontologia (Azeredo, 2011; Ribeiro & Paúl, 2011). A abordagem do processo de envelhecimento e do idoso tem merecido atenção dos especialistas, inclusive o problema educativo que pode abranger a educação para a saúde, a educação da inteligência e dos afetos, educação da sabedoria, educação espiritual e de outras dimensões psíquicas e transcendentais (Barros, 2006; Macedo, 2011; Simões, 2006).

1.1. Epidemiologia

O significado da velhice é construído a partir da perceção pessoal, por intermédio dos valores e experiências, crenças e atitudes que cada um internaliza, e também a partir da história do indivíduo (Neri, 2005). O envelhecimento adquire significados diferentes, relacionados ao gênero, à cultura e às condições específicas de cada indivíduo. Apesar da variabilidade, o significado de envelhecer foi compartilhado entre pessoas da cultura ocidental, e este facto pode influenciar as perceções individuais de envelhecimento ao longo do tempo (Lima, 2004).

O envelhecimento é um processo adaptativo que depende da interação de fatores genéticos, biológicos e socioculturais. Até ao ano 1960, a velhice era vista como algo negativo na sociedade. Porém, sempre existiram expectativas no controlo das mudanças que ocorrem na velhice, que incluem, o prolongamento da vida e da juventude. Tais expectativas, ganharam destaque na ciência e nas sociedades, pois, o envelhecimento

populacional e a possibilidade de envelhecer bem, tornou-se uma realidade em vários países. Desde então, cresce o número de indivíduos e sociedades que investem numa velhice saudável (Lima, 2004). As investigações feitas nos últimos 50 anos mostram a existência de uma mudança de atitudes neste sentido. De uma forma geral, nos estudos apresentados, os adultos maduros e os idosos mostram atitudes e crenças mais positivas em relação ao envelhecimento. Os indivíduos que ainda não alcançaram a velhice apresentaram expectativas muito positivas quanto a se manterem ativos, produtivos e valorizados na terceira idade (Neri, 2002). Assim sendo, a preponderância de estereótipos negativos sobre o envelhecimento na sociedade não garante, automaticamente, a interiorização destes estereótipos, nem de auto percepções negativas sobre o envelhecimento (Neri, 2002).

O envelhecimento dos indivíduos e por consequência, das sociedades está a aumentar consideravelmente o número de pessoas com infeções crónicas. Neste sentido, os idosos são afetados por incapacidades, uma vez, que vivem mais tempo que no passado (Wash, 1998). Apesar da maioria dos idosos conservarem bem a sua saúde, é recorrente surgirem perdas das funções físicas e mentais, dores crónicas e deterioração progressiva de certas doenças. Estes aspetos são alvo de grande preocupação. Nos Estados Unidos os problemas de saúde e a gravidade associada variam muito (Baltes, 1997). Nos indivíduos com idades entre os 65 e os 84 anos, prevalecem doenças como as artrites, a hipertensão arterial e as doenças cardiovasculares. A partir dos 85 anos de idade aumentam os riscos de cancro e outras incapacidades, assim como incapacidade visual, auditiva e intelectual. Os danos físicos e mentais podem agravar-se com a depressão e a sensação de perda de auto-controlo. Estes acontecimentos também podem provocar sentimentos, tais como, a angústia nos restantes membros da família (Walsh, 1998).

A atenção familiar à população envelhecida é um motivo de inquietude. O crescimento do número de pessoas com 85 anos de idade ou mais, com dificuldades em diferentes níveis, potenciam o crescimento das exigências e da atenção a longo prazo, bem como, das despesas económicas (Baltes, 1997). Nos Estados Unidos o número de idosos com necessidades de atenção a longo prazo duplicará até 2020, altura na qual o número de idosos alcançará os 14 milhões. Em 1970, haviam, 21 potenciais cuidadores (com idades entre os 50 e os 64 anos) por cada idoso de 85 anos ou mais. Estima-se que em 2030 só existirão seis e esta escassez irá trazer graves dificuldades relacionais entre as gerações (Walsh, 1998).

1.2. Mudanças sociais na terceira idade

A resiliência é um aspeto importante associado ao envelhecimento. Assim, a resiliência pode definir-se como a capacidade que um indivíduo tem em se recuperar de uma adversidade, tornando-se mais fortalecido e com mais recursos. Trata-se de um processo ativo de resiliência, auto-correção e crescimento como resposta às crises e desafios da vida. O poder de superar os terríveis golpes da vida, coloca em causa, os axiomas da nossa cultura convencional, segundo o qual nos é possível eliminar os efeitos dos traumas sofridos. A adversidade tem sempre efeitos prejudiciais nos indivíduos, o que pode contaminar uma relação e crescimento familiar (Walsh, 1998). A resiliência implica algo mais que a mera possibilidade de sobreviver a um suplício horrível, atravessá-lo ou eludi-lo. No entanto, os que sobrevivem a estas situações são resilientes. Alguns estão presos em sentimentos como a raiva e a culpa, impedindo-os de ultrapassar determinado acontecimento. Por outro lado, as virtudes próprias da resiliência permitem às pessoas curar as suas feridas dolorosas, tomar conta da sua vida, do amor e desenvolver uma vida plena. Assim, a resiliência diferencia-se de auto-suficiência e invulnerabilidade (Walsh, 1998).

Relativamente ao aspeto da vulnerabilidade, este não deve ser encarado como uma característica dominante nos mais idosos, aliás como percebemos nos dias de hoje, existe um nível elevado de saúde na população que apresenta mais idade (Fonseca, Nunes, Teles, Martin, Paúl & Castro-Caldas, 2009). Porém, a população que alcança a velhice, apresenta maiores necessidades de foro psicológico, uma vez que muitas desenvolvem patologias. O fator que se prende então com a doença/saúde pode ser mais vasto, uma vez que as necessidades se estendem a outras dimensões para além da ausência de doença. No entanto, é inevitável que o avançar da idade interfere no estado fisiológico do indivíduo, podendo, tornar-se impossível de controlar (Fonseca, Nunes, Teles, Martin, Paúl & Castro-Caldas, 2009).

Na atualidade, os psicólogos estudam o sentido de vida, em particular relacionada com o processo de envelhecimento que, por sua vez, se relaciona com diferentes variáveis, nomeadamente a espiritualidade, a religião, a sabedoria e a esperança entre outros aspetos. A procura de sentido de vida ou vontade de significado é uma variável cognitivo-afetivo-motivacional, fundamental para a qualidade de vida a nível psicológico (Oliveira, 2012). No passado já existiam indícios de interesse nesta mesma área de investigação. A preocupação residia na procura do sentido para a vida e uma vida com sentido (Jung, 1933 cit in, Oliveira, 2012). Contudo, este tema foi estudado

com maior precisão, após uma experiência humana num campo de concentração. Este acontecimento revelou-se fundamental, pois, identificou-se que mesmo perante circunstâncias totalmente trágicas e em situações limite, mesmo estando entre a vida e a morte não se deve perder o sentido da vida (Frankl, 1963 cit in, Oliveira, 2012). Foi então, na procura e na tentativa de encontrar sentido que surge a logoterapia, técnica que admitiu a dimensão espiritual na psicologia e na psicoterapia. Esta técnica, trouxe à intervenção uma nova abordagem que assenta na capacidade de autodistanciamento e de autotranscendência da pessoa. Neste sentido, contrariamente a outras correntes existenciais, a logoterapia sustenta uma intervenção realista e otimista. A logoterapia, pretende que a pessoa olhe em frente a trágica tríade da existência humana: dor, culpa e morte (Frankl, 1998 cit in, Oliveira, 2012). Neste âmbito, o autor realça conceitos fundamentais tais como: o desejo de transcendência inato em cada ser humano, aproximando-o da dimensão religiosa, o vazio existencial, a frustração existencial, o aborrecimento e a apatia que conduzem à neurose noogénica e, podem ser ultrapassadas se dermos significado e transcendência à vida (Oliveira, 2012).

Na velhice presencia-se uma diminuição progressiva das atividades sociais devido vários fatores e perdas, concretamente: a viuvez, a independência dos filhos, a reforma, perda de amigos, perda de autonomia, entre outros aspetos (Pinazo & Sánchez, 2005). Nesta idade, os laços sociais, o suporte social e o sentido de controlo dos idosos diminuem, no entanto as amizades mais próximas intensificam-se e mantêm-se ao longo da velhice (Birren & Schaie, 2001).

O tema da reforma tem sido estudado também em Portugal. Um dos estudos realizados analisou as repercussões psicológicas da passagem à reforma na população portuguesa (Fonseca, 2005). Este estudo esteve na base da abordagem desenvolvimental e construtivista e concluiu que os reformados não revelam problemas graves de ajustamento sociopsíquico. Revelou também que os reformados, uma vez nesta condição, sentem satisfação. Contudo, esta satisfação parece não se encontrar relacionada com a reforma em si mas sim, com o facto de o avançar da velhice (Fonseca, 2005). Os estudos realizados em Portugal, por este autor, têm permitido tirar conclusões significativas. Foi possível concluir, que nos primeiros anos após a reforma os indivíduos mantêm satisfação na vida, permanecendo ativos e preservando as relações sociais. Este aspeto é mais evidente na população com nível socioeconómico mais alto, no entanto, com o avanço no processo de envelhecimento assiste-se a uma

maior vulnerabilidade, não estando, diretamente relacionada com a situação de reformado mas, mais provavelmente com o avançar da idade (Fonseca, 2006).

A violência é um dos problemas mais graves na sociedade, na família e nas instituições. Esta problemática pode ser contextualizada de diversas formas, traduzindo-se em negligência, abandono, maus tratos, exclusão e solidão (Ferreira-Alves, 2005). As investigações nas últimas décadas, têm dado importância à violência contra os idosos, sendo mais evidentes, a discriminação, os vários tipos de abuso, maus-tratos físicos a começar na família, centros de dia e lares de idosos. Os maus-tratos aos idosos assemelham-se aos das crianças, uma vez que, ambas estão em idades vulneráveis e encontram-se em situação de dependência (Ferreira-Alves, 2005).

O abuso a idosos é uma temática que apresenta dificuldades nas investigações, isto porque, existe receio de denunciar a situação e também porque a nível metodológico nem todas as investigações apresentam convergências (Oliveira, 2012). Assim, apenas os casos mais graves parecem ser divulgados deixando a maior parte dos crimes escondidos pelo facto de ninguém os divulgar, por medo de represálias por parte das vítimas e até mesmo pelo estigma social. Contudo, esta problemática relativa aos maus tratos é em todo o caso difícil de definir, a maior parte das vezes apresenta-se limitada aos maus-tratos físicos e verbais mas, na realidade abrange as chantagens afetivas e psicológicas que podem ser consideradas mais prejudiciais (Oliveira, 2012). A exclusão social, encontra-se relacionada exatamente com a problemática dos maus tratos, facto que pode conduzir o idoso a um maior sentimento de solidão (Oliveira, 2012).

1.3. Mudanças psicológicas na terceira idade

A solidão é um tema com várias investigações realizadas, no entanto são poucas as que a relaciona com a terceira idade. A solidão pode ser percebida em diferentes formas e a viuvez é uma delas. A menor percentagem de idosos a viver sozinhos é a dos homens, por dois factos comprovados, um deles é a menor esperança média de vida e quando viúvos tem tendência a casar novamente (Neto, 2004). Perante as primeiras contrariedades e na existência de uma doença, o casal, na idade adulta avançada, apoia-se mutuamente, antes de recorrerem à atenção dos filhos ou de outros familiares. No entanto, alguns estudos não apresentam dados que possam concluir uma maior satisfação com a vida ou menor exposição à solidão nos idosos que têm visitas

frequentes dos filhos. Neste sentido, uma vez que vários fatores estão envolvidos, a consistência das conclusões é colocada em causa (Oliveira, 2012).

“O pensamento da morte condiciona de tal modo a vida do homem, que se pode dizer que ele vive mais em função da morte do que da própria vida” (Heidegger, 1993 cit in, Barros, 1998). É evidente que todo o ser vivo está condenado à morte. Desta forma, embora seja possível morrer em qualquer idade sem um aviso prévio, os idosos, particularmente os de idade mais avançada, sabem que estarão mais próximos desse acontecimento (Oliveira, 2012). No que concerne à prática da psicologia, certas correntes idênticas ao behaviorismo, desinteressam-se da psicotanatologia por diversas razões associadas à própria abordagem. Contudo, correntes como a psicanálise, a psicologia de Jung e as abordagens fenomenológico-existenciais com base filosófica ou em teorias humanistas não rejeitaram esta problemática (Barros, 1998; Kovács, 2002). Apenas recentemente a tanatologia foi estudada em relação à gerontologia. Procurou-se um modelo compreensivo de ansiedade face à morte e de procura de sentido/significativo para a morte (Tomer, 2000). Podemos verificar que os idosos têm uma perspectiva cósmica relativamente ao desenvolvimento, ou seja, relevam um sentimento de união com o universo, aspeto mais presente nos idosos que, pode ser atribuído a um significado e talvez a uma consciência (Tornstam, 1994).

A necessidade de encontrar um significado existencial ou espiritual para a vida e até mesmo para a morte, é um aspeto importante na procura de um envelhecimento bem-sucedido (Wong, 2000). Contudo, existe também a necessidade do idoso aprender a transcender-se e a reinventar-se de forma a criar resiliência psicológica e a lidar com o medo ou até mesmo com o terror à morte (MkcCoy, Pyszcznski, Solomon, Greenberg, 2000).

Diversas variáveis são consideradas na temática do medo à morte, uma delas é a idade. Um estudo realizado neste sentido, evidenciou que existe maior ansiedade relativamente à morte em idades mais adultas e na velhice (Fortner, Neimeyer, Rybarczyk, 2000). Todavia, os idosos preocupam-se com a morte, pensam e falam acerca dela mais até que a população mais nova. Ainda assim, parecem não apresentar tanto medo como as pessoas de meia-idade, o que pode estar associado ao facto de estes já terem aceite a sua inevitabilidade e estarem mentalizados para este acontecimento (Marshall & Levy, 1990).

Para além da idade, foram estudadas outras variáveis associadas ao medo da morte, sendo elas, sociodemográficas, psicológicas, género, religiosidade, integridade,

personalidade, problemas físicos, psíquicos e institucionalização. Os estudos que foram realizados neste sentido concluíram que, em geral, não existe correlação entre o medo da morte, a idade e o género (Fortner, Neimeyer & Rybarczyk, 2000). Relativamente à religiosidade também parece não existir correlação com o medo da morte pelo menos no que diz respeito ao comportamento religioso e não tanto às crenças (Barros, 2005). Contudo, a espiritualidade e o aconselhamento nos idosos pode ser positiva na diminuição da carga ansiosa na tanatologia (Barros, 2007).

Em relação à integridade, verifica-se uma correlação negativa uma vez que é evidente, menor ansiedade face à morte em idosos com maior integridade do Eu e com maiores objetivos de vida (Fortner, Neimeyer & Rybarczyk, 2000). No que toca à correlação entre o medo à morte e os problemas físicos e problemas psicológicos, podemos verificar que existe uma correlação positiva entre elas. No entanto, o medo à morte altera-se em relação ao maior ou menor equilíbrio psíquico. Por último, relativamente à institucionalização e ao medo à morte parece sobressair que os idosos institucionalizados mostram maior carga de ansiedade do que aqueles que vivem independentemente (Fortner, Neimeyer & Rybarczyk, 2000). Estas correlações podem ser percecionadas como moderadoras, uma vez que, na ausência de um estudo verdadeiramente fundamentado não é possível tirar conclusões seguras. Uma das principais implicações no estudo acerca do medo da morte é a qualidade das escalas de avaliação. Porém, a dificuldade relativa às escalas e à consideração de outras variáveis foi ponderada num estudo que afirma que esta temática é difícil de ser avaliada existindo múltiplas escalas multifatoriais (Cicirelli, 2000).

No que concerne à temática da depressão, parece existir uma prevalência que incide na população mais envelhecida. Contudo, é uma perturbação que pode afetar e estar presente em qualquer sujeito independentemente da faixa etária na qual se encontra. No entanto, como veremos ainda neste trabalho este é um aspeto quase sempre presente nos mais idosos.

Em 1979, a OMS (Organização Mundial da Saúde) calculava que um em cada 10 idosos sofria de depressão, ou seja, 10% da população idosa mundial (OMS, 1979, cit in Raskind, 1998). A depressão é uma perturbação mental que afeta a população em geral independentemente da idade. Particularmente, no idoso, esta perturbação encontra-se associada ao elevado grau de sofrimento psíquico. As causas de depressão no idoso encontram-se dentro de um conjunto amplo de aspetos, sendo eles, genéticos,

acontecimentos vitais, como luto, o abandono, as doenças incapacitantes, entre outros (Cole & Bellavance, 1997).

Neste sentido, estima-se que a depressão no idoso surja, frequentemente, num contexto de perda da qualidade de vida associada ao isolamento social e ao aparecimento de doenças clínicas graves. Outras doenças crónicas e que possam provocar a incapacidade podem ser percecionadas como fatores de risco para depressão. Os sentimentos de frustração perante a não realização dos desejos de vida e a própria história do sujeito, marcada por perdas progressivas, sejam elas, do companheiro, dos laços afetivos, da capacidade de trabalho, bem como o abandono, o isolamento social, a incapacidade de executar atividades produtivas, a aposentadoria que mina os recursos básicos de sobrevivência, são fatores que comprometem a qualidade de vida e predis põem o idoso ao desenvolvimento de um estado depressivo (Pearson & Brown, 2000).

O luto apresenta-se também, como uma variável relevante associada à terceira idade. Tem um significado que se associa ao chorar e lamentar, é desta forma um sentimento doloroso relacionado a uma perda irreparável de uma pessoa próxima. Esta perda pode ser expressa de diferentes formas, encontrando-se dentro destas a depressão, a solidão a nível interior e utilizando vestuário escuro a nível exterior (Oliveira, 2012).

Em psicologia, tem-se trabalhado imenso nesta área, atualmente as abordagens assentam na perspectiva cognitivista e por estádios de avaliação (Barros, 2011). Neste sentido, existem diferentes fases pelas quais se espera que o indivíduo passe em situação de luto. A fase inicial, na qual é predominante o choro e a tristeza, a fase intermédia marcada pelos sentimentos de culpabilização ou a preocupação no encontro de razões para tal acontecimento e a fase de recuperação na qual se espera a aceitação da morte e seguimento da vida (Barros, 2010).

O luto também pode ser percecionado em quatro tempos diferentes, o tempo da indolência, ou seja, o choque do acontecimento que por muitas vezes pode apresentar sentimentos de desespero e raiva, o tempo da compaixão, onde existe uma procura da figura perdida, o tempo de desorganização e, por fim, o tempo da reorganização (Bowlby, 1980). Outros autores também descrevem etapas pelas quais o indivíduo em luto atravessa, tais como, choque, percepção de perda, conservação e retraimento, cicatrização, renovação (Sanders, 1988). Contudo, parece existir uma convergência significativa entre os autores relativamente a esta temática (Sanders, 1988).

O indivíduo em situação enlutado passa pela descrença face ao acontecimento, posteriormente experimenta a sensação de irrealidade, impotência e inquietação. Após este impacto inicial procura-se recuperar a pessoa perdida. Numa fase seguinte, o desespero e a depressão, dominam o indivíduo, o que, pode estar associado à aceitação da realidade. Por fim, a pessoa volta à realidade e reorganiza a vida integrando a perda (Barros, 2010).

Porém, estes estádios não parecem fazer muito sentido para alguns autores. Estes defendem que as diferentes emoções podem-se apresentar simultaneamente ou alternadamente e centram a sua atenção na ajuda que deve ser prestada a estes indivíduos, para que não se desenvolva para luto crónico (Oliveira, 2012). Neste sentido, existe luto mal resolvido, designado de luto patológico. Existem também lutos complicados, por exemplo, o luto ausente ou retardado no qual a negação da perda e esperança no retorno do ausente está evidente. Existe também o luto inibido, ou seja, é como que uma espécie de anestesia emocional que impossibilita as manifestações de perda. O luto prolongado ou crónico também pode existir e gere uma sintomatologia depressiva, muitas das vezes duradoura. O luto não resolvido também se apresenta como uma das modalidades, caracterizada pela fixação no falecido e nas circunstâncias da morte. O luto intensificado no qual o sujeito vive numa intensa reação emotiva. O luto somatizado, associado muitas das vezes a enxaquecas, insónias, falta de apetite e dificuldades respiratórias (Bourgeois, 1996). Não obstante, algumas destas manifestações já são do foro psiquiátrico, no entanto, podem apresentar-se transtornos associados ao luto que se expressam em obsessão, histeria, melancolia, delírios, entre outras (Rijo, 2004).

O luto não se limita a estas explicações, existem diversos tipos de lutos, o luto antecipado é um destes (quando existe uma doença prolongada). O luto patológico é, no entanto, o mais complexo pois abre o caminho à depressão, a mecanismos de defesa como a regressão e pode levar ao suicídio como última estância (Kovács, 2002; Menéndez, 2006).

Na realidade, a personalidade, mais o menos, equilibrada do indivíduo que atravessa o processo de luto é fundamental para a resolução positiva desta experiência. Neste registo, o indivíduo, apesar da perda significativa pode encontrar no luto uma forma de crescimento psicológico e espiritual. Numa situação de luto é também extremamente importante o apoio de outras pessoas significativas, o refúgio na fé (no caso de ter fé) e a intervenção terapêutica (Oliveira, 2012).

Na terceira idade, falar de luto é também abordar a questão da viuvez. Este fenómeno dá-se maioritariamente nas mulheres uma vez que vivem em média mais sete anos que os homens. No ocidente, este facto é evidente, existem três viúvas para um viúvo (Barros, 2010). Existem diferentes sentimentos associados à situação de viuvez, estes sentimentos dependem das atitudes positivas ou negativas associadas ao cônjuge podendo passar por rancor, depressão, tristeza mas também, alívio e libertação. A viuvez propicia a solidão, apesar desta não ser apenas uma consequência da viuvez. Particularmente, na terceira idade, é importante que o idoso possua estratégias de *coping* ou estratégias pessoais tais como, manter uma ocupação, conviver, gerir o tempo, apelar à espiritualidade, manter a relação com os familiares e os amigos, de forma a combater a solidão. Segundo os Censos de 2001 realizados em Portugal verificou-se que, apenas 37% dos homens com 65 ou mais anos se encontram a viver sós. No caso oposto, 63% das mulheres com 65 anos ou mais encontram-se na mesma condição (Magalhães, 2001).

Em diversas nações a taxa de suicídio apresenta-se mais elevada na terceira idade com incidência mais evidente nos indivíduos com idades compreendidas entre os 75 e 80 anos. Este fenómeno, verifica-se por exemplo nos Estados Unidos. Os idosos, contudo, utilizam processos mais letais para o suicídio, como por exemplo, recusam-se a tomar a medicação ou a alimentarem-se (Firestone, 2000). A idade é um indicador que pode estar associado ao aumento da taxa de suicídio. Contudo, existem outras variáveis importantes, tais como, o género (estima-se que os homens apresentem maior taxa de suicídio, o que parece estar associado ao menor índice de tolerância face à frustração), a história familiar (um novo suicídio pode acontecer numa família com reportório de casos semelhantes), o estado civil (espera-se maior taxa de suicídio entre os solteiros, viúvos e divorciados), a profissão (existe maior taxa de suicídio em profissões expostas a riscos e a maior *stress*) (Firestone, 2000). A saúde ou a doença mental é uma variável relevante evidenciando-se maior taxa de suicídio nos indivíduos expostos à depressão, à melancolia, à solidão e à marginalização social. O local de residência, também é uma variável importante pois, estima-se que a taxa de suicídio se apresenta mais elevada em pessoas que vivem na cidade. O país e a cultura onde se encontram inseridos também apresentam repercussões na taxa de suicídio, por exemplo, no Japão, na Hungria e na Suécia a taxa de suicídio é maior, talvez se encontre relacionado com a competitividade exagerada ou até mesmo com o clima (Oliveira, 2012). O suicídio nos idosos pode ser percecionado de diferentes formas. Pode encontrar-se relacionado com o “idadismo”

existente na sociedade que, discrimina os indivíduos pelo facto de serem idosos (Osgood, 2000).

Deste modo, parece existir uma ligação bastante significativa entre estes aspetos, nos Estados Unidos particularmente, verifica-se este fenómeno nos homens mais idosos. Assim, ao mesmo tempo que aumentam os estereótipos em relação aos idosos, aumenta o suicídio. Neste sentido, surge outra problemática, a eutanásia, sobretudo na velhice. Esta prática é cada vez mais debatida e praticada e com maior ou menor assentimento do idoso (Osgood, 2000).

O suicídio ou morte nos idosos tem sido alvo de estudo, assim, estes acontecimentos podem estar relacionados com diversos fatores: solidão, perdas significativas, auto-agressividade, perda de auto-estima, impotência insuportável, esperança de vida cada vez mais reduzida, incapacidade e dificuldades acrescidas na satisfação dos seus desejos. Estes aspetos podem provocar sentimentos negativos no idoso, levando-o a ver a morte como a única fuga da realidade atual. A intenção de pôr termo à vida pode estar associada também à presença de uma doença incurável, um sofrimento insuportável, ou seja, o indivíduo recusa a deterioração e a dependência (Donon-Boileau, 2000).

Capítulo II

2. Espiritualidade e Religiosidade na Terceira Idade

No que diz respeito ao estudo da espiritualidade e religião associado ao envelhecimento, podemos defender a importância deste tópico na dimensão humana. A vivência religiosa relaciona-se positivamente com a satisfação, com a vida, bem-estar psicossocial, saúde física e mental ao mesmo tempo que ajuda a recuperar da doença e é fonte de significado e objetivos de vida. Os benefícios implícitos ou não da intervenção espiritual, podem também ajudar a confrontar-se melhor com o mal-estar psicológico e com a ansiedade face à morte. Em particular, a oração constitui um recurso fundamental na forma como lidar com as dificuldades da vida (Moberg, 2005).

Os estudos realizados no âmbito da religião/espiritualidade como variável dependente ou correlacional nem sempre são conclusivos, devido particularmente, a variáveis parasitas não controladas (Wink, 2006). Contudo, depende da religião em causa e a interiorização da mesma, sendo vivida conscientemente ou por simples tradição impermeável à vida. A espiritualidade também exerce benefícios na melhor aceitação da morte e no bem-estar subjetivo dos idosos, desta forma a religião

interiorizada e não meramente exterior ou formal ajuda na estabilidade psicológica e física (Ardelt, 2007). Todavia, as conclusões dos estudos encontram-se vinculadas aos métodos de investigação utilizados, não obstante à investigação ser normalmente feita através do uso de questionários fiáveis. Neste sentido, foi desenvolvido um método de investigação que permitia que as pessoas expressassem a sua espiritualidade e religiosidade, este revelou-se um método criativo e benéfico na forma de atingir os objetivos propostos (Brennan & Laditka, 2005).

2.1. Fenómeno da espiritualidade e religiosidade

O desenvolvimento da Psicologia da religião evidenciou um crescimento acentuado nos últimos quinze anos, a qual estuda concretamente as crenças, crenças, motivações e percepções relacionadas com a religião (Faria & Seidl, 2005). A necessidade de alcançar conhecimento nesta área encontra-se relacionada com a relevância que a religião tem na sociedade humana. O estudo da religião do ponto de vista da psicologia teve como principal foco de investigação o comportamento, as motivações, percepções e crenças religiosas, ou seja, o seu interesse não foi propriamente debruçar-se sobre a religião em si. Assim, podemos considerar que Deus não é exatamente do domínio da psicologia, nem mesmo em debates entre fé ou razão ou até mesmo religião ou ciência (Fizzotti, 1996).

Quanto à origem da religião podemos colocar várias questões tais como: Porquê é que as pessoas são religiosas? Quais as verdadeiras causas ou razões, capazes de explicar o aparecimento da religião e a sua permanência? A principal referência, para algumas pessoas, é o livro sagrado (Bíblia, Alcorão, etc.), para outras a religião provém da procura de verdade, conhecimento, tentativa de dar sentido à vida e à morte (Oliveira, 2012). Existem aspetos que estão presentes de formas diferentes em todas as religiões, tais como: o culto aos mortos e o desejo de sobrevivência num outro mundo. Há argumentos históricos que também evidenciam esta constatação, todas as civilizações, todos os povos foram de algum modo religiosos. O desejo de justiça, a necessidade de amor e de felicidade também é um dos aspetos da existência da crença na religião (Oliveira, 2012).

Neste sentido, investigadores estiveram na base da exploração dos fundamentos biológicos, bem como, dos neuropsicológicos do comportamento ou da experiência religiosa e espiritual. Desta forma, torna-se difícil explicar a religião por puro instinto humano ou por determinado funcionamento cerebral, porém, concede-se uma tentativa

da área das neurociências e da genética em compreender a complexidade do fenómeno religioso (Newberg, 2005).

Na tentativa de encontrar uma definição de religião, vários autores anunciaram uma definição concreta, talvez pelo facto de ser uma dimensão íntima e abstrata. Porém, não na atualidade mas recorrendo a uma época mais distante na história podemos realçar alguns autores que arriscaram definir religião, significado de crença, complexidade da fé e a sua origem e vivência. Desta feita, religião define-se como “sentimentos, atos e experiências das pessoas individuais, na sua solidão, no modo como se apreendem a si mesmas, como se encontram em relação a tudo o que consideram o divino” (James, 1985, p.34).

A religião consiste na crença da existência de uma ordem invisível, neste sentido, a felicidade suprema assenta na capacidade das pessoas se ajudarem harmoniosamente com base nesta crença (James, 1985). Outra perspetiva de religião remete para uma experiência interior do indivíduo quando sente um Além. Desta forma, a pessoa adota um comportamento coerente com esta crença (Clark, 1958). A religião também foi definida como qualquer sistema de pensamento e de ação partilhado pelo grupo, ou seja, esta crença fornece ao indivíduo orientação e objetivo de devoção (Fromm, 1950). Contudo, a religião pode traduzir-se em múltiplas definições o que nos leva a concluir que a religião não é um todo homogéneo, o que por sua vez torna a religião multidimensional, tal como a qualidade de vida (Wilson, 1978).

Na área medicinal a religião foi um domínio que despertou interesse e investigação. Segundo a Organização Mundial da Saúde, (Volcan, Sousa, Mari & Horta, 2003) o conceito de saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Desta forma, o foco inicial e exclusivo na doença, que sempre dominou a pesquisa na área da saúde, tem dado predominantemente lugar ao estudo das características adaptativas, como resiliência, esperança, sabedoria, criatividade, coragem e crenças. Podemos observar que a religiosidade, espiritualidade e crenças pessoais não são temas alheios ao conceito de qualidade de vida, sendo uma das suas dimensões (Volcan, Sousa, Mari & Horta, 2003).

A palavra ‘Religião’ possui duas etimologias possíveis, a primeira relaciona-se com a ‘*religare*’, ou seja, significa ligar-se, o qual diz respeito à entrada numa relação com o que se considera como absoluto ou essencial (Leloup & Hennezel, 2000). A segunda etimologia, ‘*religere*’, transporta o significado de reler, ou seja, reler um acontecimento com a finalidade de lhe extrair ou descobrir a sua significação. Desta

forma a religião representa um esforço, tanto de homens como de mulheres, de forma a darem sentido ao sofrimento, à sua existência à sua morte (Leloup & Hennezel, 2000). A religiosidade refere-se à participação nas crenças, atividades e rituais da religião tradicional, por exemplo, na igreja, na escritura e na leitura (Wildes, Miller, Majors & Ramirez, 2008).

A religião é a crença na existência de um poder sobrenatural, criador e controlador do Universo, que deu ao homem uma natureza espiritual, que continua a existir depois da morte do seu corpo. Religiosidade é, assim, a extensão na qual um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião (Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck, 2007). Embora haja sobreposição entre espiritualidade e religiosidade, a última difere-se pela clara sugestão de um sistema de adoração/doutrina específica, partilhada em grupo. As crenças pessoais podem ser quaisquer crenças/valores sustentados por um indivíduo e que caracterizam o seu estilo de vida e comportamento. Pode existir sobreposição com espiritualidade, pois as crenças pessoais não são necessariamente de natureza imaterial, como o ateísmo por exemplo (Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck, 2007). Vários autores (Koenig, Cohen, Blazer, Kudler, Krishnan & Sibert, 2001) salientam a relação dos termos espiritualidade/religiosidade com a busca do sagrado. Definiram religião como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos delineados para facilitar a proximidade com o sagrado e o transcendente, Deus, Poder Maior ou Verdade/Realidade Final/Máxima. A religião tem sido definida como a participação nas crenças nos rituais e nas atividades da religião tradicional (Elkins, Hedstrom, Hungnes, Folha & Saunders, 1988; Svare & Anngela-Cole, 2010).

Contudo o termo da espiritualidade não se assemelha ao termo da religiosidade. Esta diferenciação torna-se bastante pertinente na medida em que, na generalidade, são muitas vezes consideradas indistintamente. Neste âmbito dois autores (Simpson & Weiner, 1989) definem espírito como a parte imaterial, intelectual ou moral do homem. Já o termo espiritualidade, envolve questões quanto ao significado da vida e à razão de viver, não limitado a tipos de crenças ou práticas (Pappas & Friedmun, 2007).

Relativamente à espiritualidade, esta seria entendida como a busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida, o seu significado e a relação com o sagrado ou transcendente comunidade (Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck, 2007). Desta forma, pode ou não, resultar do desenvolvimento de rituais religiosos e formação de uma comunidade (Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck, 2007).

Concebemos espiritualidade à semelhança do que representa uma dimensão que não é socialmente dependente da doutrina religiosa, mas sim, baseada numa filosofia pessoal construída através da experiência (Pappas & Friedmun, 2007). Esta pertence ao ser humano e é inerente a todos os homens, embora possua diferentes aceções, consoante o aspeto cultural e as civilizações nas quais cada um se situa (Leloup & Hennezel, 2000).

Na tradição Grega o ser espiritual significa, encontrar-se livre de todos os elementos pesados do composto humano, ou seja, é a dimensão do ser humano a que se dá o nome de ‘noética’ que diz respeito à liberdade, relativamente, às emoções, às pulsões e às paixões. É espiritual, aquele, que entra no ‘Sopro’ e deixa a vida encarar-se plenamente nele. Este fenómeno dá-se na dimensão a que S. Paulo designou por, pneumática e que se distingue da dimensão psíquica, defendendo que cada um é habitado pelo ‘Sopro’ e atravessado pela corrente da vida interior (Leloup & Hennezel, 2000). Foi também definida, espiritualidade, como a experiência subjetiva que existe dentro e fora dos sistemas tradicionais da religião, juntamente como a necessidade de encontrar respostas satisfatórias para as questões fundamentais acerca do sentido da vida, da doença ou da morte (Highfield & Cason, 1983; Svare & Anngela-Cole, 2010). O bem-estar espiritual é idealizado como um estado de paz e de harmonia que o indivíduo possui (Hungelmann, Kenkel-Rossi, Klassen & Stollenwerk, 1985; Svare & Anngela-Cole, 2010).

Este conceito significa também o dar um passo mais além na aceitação da fadiga, na aceitação dos limites pessoais, dos limites de inteligência ou da incompreensão pessoal perante o sofrimento. Este passo dado mais além perante um determinado sofrimento ou perante a aproximação da morte dá-se, em casos de pessoas que não receberam qualquer cultura religiosa (Hennezel & Leloup, 2000).

A espiritualidade é frequentemente dividida em dois tipos: a espiritualidade, por um lado religiosa, pode ser definida como um relacionamento com Deus ou um poder superior (Colón, 1996). Por outro lado, a espiritualidade existencial, que não está diretamente relacionada a um local específico de culto ou a um conjunto de ideais amplamente aceites. Em vez disso, remete para uma visão do mundo ou para uma perspetiva na qual, os indivíduos procuram propósito e compreensão na sua vida, em busca de um significado e um valor final (Cella, Brady, Peterman & Fitchett, 1999).

Quando falamos em espiritualidade/religião podemos relacionar ou convergir a um vocabulário como, fé, crença, piedade, sagrado, divino, santo, transcendência,

sobrenatural, mística/misticismo, conversão, inspiração, sacrifício, devoção, contemplação, oração, meditação, virtude, valor, sentido da vida, moralidade, entre outros. O interesse por esta dimensão espiritual é mais evidente quando se trata de pessoas idosas, tendo mais ênfase à medida que a morte se aproxima (Barros, 2010).

Relativamente à Europa e particularmente a Portugal verifica-se uma tendência a relegar para a sacristia e a considerar de menor a importância esta dimensão da natureza humana, algo que não acontece particularmente no mundo-saxónico e ainda mais nos Estados Unidos. Contudo, já se verifica uma produção relativa à psicologia da religião em geral (Barros,2010; Neto & Ferreira,2004) e aplicada à terceira idade (Barros, 2007).

2.2. Espiritualidade enquanto estratégia de *coping*

A religião tem sido contextualizada no sentido da ajuda, quer relacionada com a vivência em si, da exaltação dos bons momentos e do confronto com problemas. A religião está na base da procura pelo sentido de vida, pela utilidade que tem perante bons acontecimentos ou acontecimentos menos bons e, torna-se fulcral na passagem por situações dolorosas tais como, a depressão, a doença, a velhice, o luto, a morte de um elemento significativo ou até mesmo da anunciação da própria morte. O termo designado por “significado” pode ser o ponto central em psicologia, não apenas para o bem-estar subjetivo mas também na luta e nas crises da vida (Park, 2005).

Relativamente ao processo de envelhecimento é viável reconhecer que os idosos, de uma forma geral, encontram na religião um grande suporte de ajuda no confronto com as contrariedades da própria idade, seja através da oração ou em outra expressão religiosa individual ou em grupo. Neste sentido, os idosos encontram o alento e sentido de existência, de sofrimento e de morte, bem como, apoio e combate à depressão e até mesmo à solidão. Estudos realizados, na população idosa, concluíram que a estratégia de *coping* mais utilizada é a oração (Koenig, George & Siegler, 1988). Neste sentido foi concluído que os cidadãos seniores que se encontram ativamente religiosos são mais felizes (Hood, Spika, Hunsberger, Gorsuch 1996).

Cada vez mais o Homem está exposto a situações de vida stressantes, de forma intensa ou crónica e que corresponde, por sua vez, a diversas complicações na saúde física mental e emocional (Panzini & Bandeira, 2005). Deste modo, podemos afirmar que o que diferencia os vários indivíduos não é tanto a existência de dificuldades ou desafios mas, a forma como lidam com o *stress* que estes provocam (Lazarus, 1966; Panzini & Bandeira, 2005). A maneira como os indivíduos lidam, gerem, como se

adaptam ou como enfrentam, designa-se de processo de *coping* (Pargament, 1997). O conceito de *coping* religioso/espiritual encontra-se presente nas áreas da psicologia cognitivo comportamental, psicologia da religião, psicologia positiva, psicologia da saúde, medicina e espiritualidade (Panzini & Bandeira, 2007).

2.3. Espiritualidade e qualidade de vida

Alguns investigadores interessam-se pela associação entre o grau espiritual e religioso e os restantes domínios da qualidade de vida, tal como o domínio emocional. Outros acham que a espiritualidade proporciona uma única contribuição para a avaliação da qualidade de vida (Wildes, Miller, Majors & Ramirez, 2008).

A espiritualidade tem sido apontada como uma importante dimensão da qualidade de vida. Apesar de se apresentar como um conceito recente que engloba e transcende o conceito de saúde, é composto de vários domínios ou dimensões: física, psicológica, ambiental, entre outras. Esta também foi considerada a medida que faltava na área da saúde, desde então, tem sido definida como a perceção do indivíduo perante a sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores (Wildes, Miller, Majors & Ramirez, 2008; Panzini, 2007).

Há indícios consistentes da associação entre qualidade de vida e espiritualidade/religiosidade, por meio de estudos com razoável rigor metodológico, utilizando diversas variáveis para avaliar espiritualidade como: afiliação religiosa, oração e a participação e prática religiosa/espiritual (Wildes, Miller, Majors & Ramirez, 2008; Panzini, 2007).

Na área da saúde, a espiritualidade evidencia grande importância e influência. Vários estudos demonstraram os benefícios implícitos na área da saúde quando se encontra presente a componente da espiritualidade (Antonovsky, 1987). Tais estudos foram reunidos em pacientes com condições médicas e psiquiátricas, mediante as crenças espirituais e a participação nas práticas religiosas. Especificamente, os indivíduos que se descrevem como espirituais são mais capazes de suportar os sintomas e experienciar uma melhoria na sua saúde física (Antonovsky, 1987).

Relatam também a diminuição da sintomatologia física e mental, dores, problemas de saúde, depressão e ansiedade (Matthews, 2000), além de experimentar o funcionamento físico melhorado. Apresentam também melhorias de forma mais rápida e eficaz no caso de cirurgia e desta forma desfrutam de uma maior longevidade (Antonovsky, 1987).

Da mesma forma, os indivíduos que praticam a Espiritualidade possuem hábitos mais saudáveis, cumprem melhor o seu regime médico e utilizam menos recursos médicos (Powell, Shahabi & Thoresen, 2003), quando comparados com indivíduos não espirituais. Em conjunto, estes fatores identificam uma série de benefícios que podem ser realizáveis nas pessoas com dificuldades de saúde, mas que ao mesmo tempo participam e praticam crenças espirituais (Matheis, Tulsy, David & Robert, 2006).

Vários estudos que investigaram a relação entre religião, espiritualidade e o fator de evitamento, descobriram que as crenças religiosas, as práticas e as relações estabelecidas neste âmbito, estão envolvidas no processo de lidar com as experiências de vida stressantes (por exemplo, Graham, Furr, Flores & Burke, 2001; Koenig George, Siegler &, 1988; Pargament, 1997; Pargament, Smith, Koenig & Perez, 1998; Tix & Frazier, 1998; Wong & Wong, 2006; Lancaster & Palframan, 2009).

Em particular, existem estudos que têm investigado a relação do confronto religioso e psicológico com o fator do *stress* (Vasconcelos, 2006). Os resultados destes estudos suportam a ideia de que os conflitos, positivos e negativos a nível religioso, estão relacionados com conflitos, positivos e negativos, a nível psicológico e da adaptação ao *stress*, respetivamente. Por exemplo, uma situação negativa poderia ser relacionada com o sentimento de abandono ou de castigo por parte de Deus (Pargament Smith, Koenig & Perez, 1998), por outro lado, formas positivas de confronto poderiam ser associadas ao companheirismo e apoio de Deus (Lancaster & Palframan, 2009).

Além de sugerir que espiritualidade e religião se encontram envolvidas num processo de confronto direto com os principais acontecimento da vida, por exemplo, doença, morte, divórcio, os estudos evidenciam, igualmente, que os atos relacionados com a espiritualidade contribuem para uma diminuição do *stress* diário (Fabricatore & Handal, 2000; Kim & Seidlitz, 2002; Siegel, Anderman & Schrimshaw, 2001; Lancaster & Palframan, 2009).

Num estudo realizado (Svare & Anngela-Cole, 2010) evidencia-se uma associação positiva da espiritualidade com a qualidade de vida. Na análise deste estudo ressalva a conclusão de que, pessoas com níveis mais elevados de bem-estar espiritual possuem maior capacidade de tolerância face a níveis de fadiga e de dor. Ao mesmo tempo mantêm a sensação de bem-estar que suporta a sua vontade no processo contínuo do tratamento médico e, por sua vez, preveem melhorias nos resultados. Tais autores argumentam a importância do fator espiritual, considerando-o como central na dimensão clínica e fundamental na qualidade de vida. Desta forma, expõem a

necessidade da inclusão do aspeto espiritual no enquadramento do modelo biopsicossocial de qualidade de vida atual (Svare & Anngela-Cole, 2010).

Na realização de um estudo com dez participantes que em comum partilhavam problemáticas físicas, constatou-se que os indivíduos que encontraram um significado para a sua doença apresentavam melhor Qualidade de Vida (Pellissien & Gineste, 2007). De acordo com estudos neste âmbito, a dimensão espiritual foi definida mediante a junção de três conceitos primordiais, a crença numa força superior, o reconhecimento da mortalidade e a atualização do Eu. Deste modo, o que se pretende alcançar é o amor-próprio juntamente com a aceitação e o encontro de significado na vida face a uma situação de doença (Pellissien & Gineste, 2007).

Um estudo de caráter longitudinal, no qual participaram 60 pacientes, examinou a relação estabelecida entre a funcionalidade física, a qualidade de vida, a espiritualidade, a religiosidade e a variação temporal. Constatou-se que o passar do tempo foi um fator importante na qualidade de vida destes pacientes, mas a qualidade de vida dos pacientes parece ser independente da função física (Robbins, Simmons, Bremer, Walsh & Fischer 2001). Quanto aos instrumentos de qualidade de vida que incluem a avaliação de fatores espirituais, religiosos e psicológicos, os resultados apresentam-se diferentes aos obtidos. Na medida do funcionamento físico os resultados traduziram-se independentes à qualidade de vida, no entanto a medição dos fatores espirituais, religiosos e psicológicos traduziram grande influência na qualidade de vida (Robbins, Simmons, Bremer, Walsh & Fischer 2001).

O grupo WHOQOL, também concluiu a importância da dimensão religiosa e espiritual na qualidade de vida, aquando a sua organização de grupos focalizados por todo o mundo no ano de 1991. Nesta organização, verificou-se que os participantes afirmaram a espiritualidade, a religião e as crenças pessoais como variáveis importantes na sua qualidade de vida e na saúde (Skevington, 2002).

Vários estudos têm relacionado qualidade de vida e diversas variáveis ligadas à religião e espiritualidade. Um dos estudos centrou-se na relação entre a religião e a qualidade de vida mediante indicadores objetivos e subjetivos de qualidade de vida (Ferriss, 2002). Foi encontrada a variável da felicidade associada à presença frequente em serviços religiosos. A conclusão retirada do estudo foi a seguinte: em primeiro verificou-se que as organizações religiosas contribuíram para a integração da comunidade e como consequência aumentava a qualidade de vida (Ferriss, 2002). Em segundo, verificou-se que a presença frequente em serviços religiosos esteve associada

com a qualidade de vida. Também foi observado que a concepção Americana de ‘boa vida’ se encontra fortemente ligada a ideias cristãs. Em quarto lugar, verificou-se que os princípios da religião levam as pessoas a maior disposição para a felicidade. Por último, foi observado que a religião pode explicar um propósito na vida que promove o bem-estar (Ferriss, 2002).

Num estudo realizado com 44 viúvas, a maioria das que se descrevem como mais religiosas revelaram uma qualidade de vida mais estável nos últimos cinco anos após o falecimento dos maridos (Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck, 2007). A frequente prática religiosa, a participação em acontecimentos sociais e o facto de serem membros de alguma instituição religiosa levou a uma maior estabilidade na qualidade de vida (Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck, 2007).

Outro estudo realizado com 560 participantes, aleatoriamente entrevistados, constatou que os aspetos qualitativos da reza e a forma de rezar foram as variáveis que apresentaram maiores efeitos benéficos sobre a qualidade de vida (Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck, 2007). Neste mesmo âmbito foi realizado um estudo, com uma amostra que contou com a participação de 551 idosos hospitalizados em estado grave, 256 pessoas vítimas do ataque de bomba em Oklahoma e 540 universitários que apresentaram casos de vida stressantes e de sofrimento subjacente. Neste estudo verificou-se que a maior utilização do coping religiosos/espiritual positivo não estabeleceu correlação com qualidade de vida. No entanto, o maior coping religiosos/espiritual negativo correlaciona-se com níveis piores de qualidade de vida e maior depressão (Pargament, Smith, Koenig & Perez, 1998). Os autores chegaram à conclusão de que a religião/espiritualidade pode ser a fonte de alívio ou desconforto, ao mesmo tempo é também fonte de solução de problemas ou causas de *stress*. Esta conclusão depende da forma como cada pessoa utiliza as estratégias de coping religioso/espiritual positivo ou negativo (Pargament, Smith, Koenig & Perez, 1998).

Devido à importância da dimensão espiritual na qualidade de vida, podemos evidenciar a sua dependência a três aspetos fundamentais (Ross, 1995). O primeiro aspeto refere-se à necessidade pessoal em encontrar significado ou razão, bem como preenchimento na vida. O segundo reporta a esperança que a pessoa possui relativamente ao tempo de vida. O terceiro prende-se com o facto da pessoa ter fé em si mesma, nos outros ou em Deus. Quando um indivíduo se sente incapaz de encontrar significado, cai sobre ele um sentimento de vazio e desespero (Ross, 1995). De facto, é verificável que o sofrimento espiritual mesmo que não identificado mas sendo

frequente, influencia o plano terapêutico. Assim, exerce a principal responsabilidade quando o tratamento é mal sucedido na recuperação de complicações fisiológicas (Svare & Anngela-Cole, 2010).

Num estudo, verificou-se que os indivíduos idosos que se apresentam como religiosos e espirituais possuem melhor forma de lidar com a doença (Gall, 2003). A maneira como a pessoa lida com as situações de confronto vivenciadas é fundamental na medida espiritual (Gall, Charbonneau, Clarke, Grant, Joseph & Shoudice, 2005). Mas mais do que este aspeto, é importante ter em conta o modelo transacional de *stress* e de confronto que sugere o espiritual e a fé religiosa como fatores de enorme influência em todo o processo de confronto e de adaptação (Lancaster & Palframan, 2009).

A identificação dada à conversão religiosa, pode ser vista como fator central nas formas de mudança radical que a pessoa estabelece em si. Esta mudança ocorre sem que seja implicada a conversão no sentido tradicional do religioso (Pargament, 1997). Deste modo, é importante enfatizar o confronto espiritual, num contexto mais amplo do que o considerado especificamente religioso. A inclusão do conceito de transformação torna-se deste modo considerável e exige uma reorganização (Schwartz, 2000).

De facto a conversão religiosa deve ser contextualizada como um dos vários caminhos alternativos para a obtenção de uma transformação que, por sua vez, leva o indivíduo a estabelecer um acordo mediante os principais eventos da sua vida (Schwartz, 2000; Pellissien & Gineste, 2007). Portanto, ao encontrar significado nos eventos de vida, ocorre também uma mudança relativa aos objetivos fundamentais da pessoa. Assim sendo, podemos relacionar esta mudança com as alterações culturais e desenvolvimentais subjacentes (Lancaster & Palframan, 2009).

A conotação negativa de sofrimento, dentro do contexto espiritual, determinou o uso do termo de emergência espiritual (Grof, 2000). Apesar do impacto negativo imediato, as crises podem resultar em curas emocionais e psicossomáticas, em mudanças bastante significativas e conseqüentemente numa evolução da consciência. Existem vários ativadores de emergência espiritual, tais como, o divórcio, o luto, o fim de relações sociais estabelecidas, a solidão, entre outros (Grof, 2000).

Estas crises psico-espirituais representam uma manifestação e exteriorização da profunda dinâmica da psique humana. Por outro lado, a transformação pode ocorrer através de um modelo gradual do potencial espiritual, colocando de parte o termo de espiritualidade emotiva e, o termo relativo à emergência espiritual (Lukoff, 2005).

De forma a concluir esta relação entre a espiritualidade e a qualidade de vida iremos focar agora a nossa direção à população idosa.

Podemos mencionar que a espiritualidade possui uma dimensão central na vida da maioria da população envelhecida (Ferraro & Kelley-Moore, 2000; Floriano & Dalgalarrodo, 2007). A importância deste fator espiritual relaciona-se fortemente com o aparecimento, com a manutenção e com as possíveis atenuações de complicações a nível físico e mental (Levin & Chatters, 1998; Floriano & Dalgalarrodo, 2007).

O aumento da espiritualidade está de acordo com o aumento da idade e desempenha a função de suporte emocional, que, conseqüentemente apresenta repercussões na dimensão da saúde física e mental (Monterio, 2004; Floriano & Dalgalarrodo, 2007). A prática de crenças religiosas contribui positivamente para o bem-estar na idade idosa, (Goldstein & Sommenhalder, 2002, Thomas & Eisenhandler, 1994) principalmente devido aos apoios sociais e consoante o modo de lidar com os fatores de vida stressantes. Assim, é evidente uma melhoria na qualidade de vida da população que ocupa esta faixa etária (Koenig, Cohen, Blazer, Kudler, Krishnan & Sibert, 2001).

Capítulo III

3. A Qualidade de Vida na Terceira Idade

A qualidade de vida nos idosos, especificamente, ganhou maior relevância nos últimos trinta anos. Assim, podemos estabelecer uma ligação lógica, na medida em que esta focalização apenas se desenvolveu mediante o crescimento da população mais idosa (Neri, 2005; Irigaray & Trentini, 2009). Desde então, a qualidade de vida desempenha um aspeto de grande importância na longevidade desta população, uma vez que a esperança média de vida sofreu um acentuado aumento. Este conceito alude a uma grande complexidade, bem como uma imensa e divergente perceção das suas dimensões e determinações (Neri, 2005). É então, percecionada uma nova visão relacionada com a adaptação dos indivíduos e das diferentes sociedades. Da mesma forma, as várias épocas da existência humana traduzem diferentes concepções, relativamente à qualidade de vida (Neri, 2005).

No âmbito do desenvolvimento do conceito de qualidade de vida foram também apresentadas seis vertentes associadas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Irigaray & Trentini, 2009). A primeira encontra-se relacionada com os estudos epistemológicos acerca da felicidade e bem-estar. A segunda relaciona-se com a investigação dos

indicadores sociais. A terceira diz respeito à insuficiência das medidas relativamente ao desenlace da qualidade de vida apenas direcionada à saúde. A quarta vertente refere-se à satisfação da pessoa, ou seja, é dada importância ao que transmite satisfação ao indivíduo. A quinta relaciona-se com o movimento de humanização da medicina. Por fim, a sexta refere-se à psicologia positiva, que se insere na atual tendência para a pesquisa de aspetos positivos na experiência humana (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Irigaray & Trentini, 2009).

3.1. Contextualização da qualidade de vida

A qualidade de vida surge nos inícios da década de 70 como uma medida em saúde, na contextualização do progresso da medicina (Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck, 2007). Nesta mesma altura distinguiu-se como uma medida de extrema importância, após todo o processo de crescimento na área da saúde (Awad & Voruganti, 2000).

Em meados da mesma década, o conceito de qualidade de vida foi sujeito a várias especulações por parte dos investigadores interessados na sua clarificação. Era então entendida como uma entidade vaga, algo sobre o qual existiam várias reflexões mas nenhuma possuía total conhecimento (Awad & Voruganti, 2000). Esta afirmação foi concebida há cerca de 30 anos, mas ainda permanece nos dias de hoje. Apesar de todas as evoluções e trabalhos realizados empiricamente neste âmbito, podemos verificar a existência de controvérsias relativas ao conceito de qualidade de vida (Seidl & Zannon, 2004).

Ainda na década de 70, surge uma definição associada à qualidade de vida que a caracteriza como, uma extensão na qual o prazer e a satisfação são alcançados (Fernández – Ballestenos, Zamarrón, Rudinger, Schroots, Hekkinnen, Drusini, Paul, Chanzewska & Rosenmayr, 2003). Apenas a partir dos anos 80 o conceito começa a apresentar-se de forma mais configurada, permitindo uma melhor compreensão do fenómeno. Este aspeto, só foi possível, através de diversos estudos empíricos que possibilitaram um avanço no conhecimento da qualidade de vida a nível científico (Seidl & Zannon, 2004).

A década de 90 aparece assim como a Era na qual a noção de qualidade de vida, alcançou um consenso entre os diversos estudiosos nesta área. Este consenso abrange o conceito em dois aspetos fundamentais: a subjetividade e a multidimensionalidade (Seidl & Zannon, 2004; Hunt, 1997; Halvorsrud & Kalfoss, 2007, Anngela-Cole &

Svare, 2010). A subjetividade diz respeito à percepção da pessoa e, a avaliação da sua própria situação nas várias dimensões da qualidade de vida. Já a multidimensionalidade encontra-se relacionada com as várias dimensões que a qualidade de vida abrange, tais como saúde física e psicológica, o equilíbrio sócio- económico, cultural, entre outros. Tais englobam questões do foro fisiológico mas também questões do foro psicológico, relacional e social (Seidl & Zannon, 2004; Hunt, 1997; Halvorsrud & Kalfoss, 2007, Anngela-Cole & Svare, 2010).

Existe para além da subjetividade e multidimensionalidade, já referidas, uma terceira, apresentada por um estudo realizado na tentativa de explicar a temática. Esta prende-se com a questão da bipolaridade da qualidade de vida (Dantas, Sawada & Malerbo, 2003), ou seja, a possível ambivalência que cada pessoa atribui à sua própria qualidade de vida em diferentes momentos vivenciados, associados ora a fatores positivos ora a fatores negativos (Dantas, Sawada & Malerbo, 2003). Assim, os profissionais envolvidos nesta investigação, enfatizam que a qualidade de vida apenas poderá ser avaliada pela própria pessoa, contrariamente às anteriores conceções que atribuíam maior importância à avaliação feita pelo profissional de saúde (Dantas, Sawada & Malerbo, 2003).

Com o objetivo de clarificar o conceito de qualidade de vida, um estudo verificou uma associação deste fenómeno a um conjunto de aspetos pertinentes: a saúde e acesso a cuidados médicos, emprego e condições de trabalho, recursos económicos, educação, integração familiar e social, habitação, segurança de vida e de propriedade, recreação, cultura e recursos políticos (Herculano, 2000). Este estudo concluiu que a qualidade de vida deve integrar e considerar todas estas dimensões de forma a tornar-se mais estruturada. O estudo em questão, também teve implicações nas áreas de investigação, uma vez que constatou que a expansão do conceito foi como que o arranque para o interesse de vários e diferentes profissionais na observação da qualidade de vida (Herculano, 2000). Um estudo da Organização Mundial de Saúde definiu: “qualidade de vida como percepção que o indivíduo possui na vida, quer seja no contexto da cultura, quer seja nos sistemas de valores, relativamente, aos seus objetivos, expectativas e padrões” (FLECK et al., 1999; WHOQOL Group, 1998; Dantas, Sawada & Malerbo, 2003; Seidl & Zannon, 2004; Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Pintassilgo & Gameiro, 2006).

Nesta definição de qualidade de vida encontra-se implícita a existência de seis domínios: o domínio da saúde física, o domínio do estado psicológico, os níveis de

independência, o relacionamento social, as características ambientais e o padrão espiritual (WHOQOL Group, 1998; Dantas, Sawada & Malerbo, 2003; Seidl & Zannon, 2004; Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Pintassilgo, Gameiro, et al., 2006). A complexidade da percepção da qualidade de vida também apresenta enorme destaque, no que diz respeito à sua avaliação. A preocupação associada à forma de avaliar deu origem a uma compilação de vários modelos e instrumentos de avaliação da qualidade de vida. O motivo impulsionador para o investimento na avaliação esteve relacionado com a possibilidade de este ser aplicado em diferentes domínios, quer no domínio da saúde, quer no domínio das instâncias psicológicas, ou até mesmo, no domínio das mutáveis sociais (Fonseca, Nunes, Teles, Martin, Paúl & Castro-Caldas, 2009).

3.2. Conceito de qualidade de vida

A qualidade de vida possui interseções com vários conceitos eminentemente biológicos e funcionais, como no sector de saúde, no sector funcional de incapacidade/deficiência, no estatuto social e psicológico, no bem-estar, na satisfação e na felicidade e também no sector sócio-económico. Entretanto, o aspeto mais genérico da qualidade de vida é a saúde, ou seja, apenas um dos seus domínios mas tem sido apontado como o domínio diferencial (Fleck, 2000; Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck, 2007).

Torna-se importante ressaltar que, apesar de não existir ainda um consenso nesta temática é fundamental estabelecer uma distinção entre, o conceito de padrão de vida e qualidade de vida (Skevington, 2002). O primeiro ponto de distinção diz respeito aos indicadores globais, deste modo, os indivíduos vivem em termos sócio-económicos, demográficos e de acesso a cuidados básicos de saúde. O segundo ponto de diferenciação baseia-se, em parâmetros referentes à percepção subjetiva dos aspetos importantes da vida de uma pessoa, os quais podem ou não coincidir com indicadores de padrão de vida (Panzini, Rocha, Bandeira & Fleck, 2007).

Nesta linha de pensamento, o grupo de avaliação da qualidade de vida da unidade de saúde mental da Organização Mundial de Saúde, (WHOQOL Group, 1998) que consiste numa colaboração entre investigadores clínicos e cientistas que, têm realizado trabalhos em conjunto, com base em protocolos internacionais consensuais, propôs que a percepção de qualidade de vida tem também origem na cultura à qual a pessoa pertence (Skevington, 2002). Por esse motivo, a questão cultural é fundamental na qualidade de vida, já que diferentes culturas tendem a dar primazia a diferentes aspetos. O grupo

WHOQOL pode ter sido o primeiro a incluir, na definição de qualidade de vida, a componente cultural como parte integrante e fundamental a ser atendida (Skevington, 2002).

Assim, a qualidade de vida apresenta-se como um fenômeno difícil de ser analisado, uma vez que se trata de um conceito único e pessoal (Carr & Higginson, 2001; Fry, 2000; Irigaray & Trentini, 2009) marcado pela temporalidade, em diferentes níveis de importância referentes aos valores individuais. Este conceito é avaliado mediante o fator de mudança vinculado à passagem dos anos (Carr & Higginson, 2001; Irigaray & Trentini, 2009). Neste sentido, inúmeros autores demonstram interesse relativo à qualidade de vida, ligada unicamente ao fator saúde. Deste modo, o conceito encontrou-se quase sempre aliada à percepção subjetiva dos valores que o indivíduo possui, relativamente, à sua vivência e ao seu estado de saúde (Guiteras & Bayés, 1993; Seidl & Zannon, 2004).

A qualidade de vida encontra-se ligada também ao domínio da saúde, principalmente na fase final da vida mas, este domínio não é o único que se relaciona com o conceito. Neste âmbito, vários estudos desenvolveram investigação nos diversos domínios que possivelmente se relacionam com a qualidade de vida. Tais demonstraram que a ausência apenas do fator doença não caracteriza, suficientemente, o estado da qualidade de vida na velhice (Flick, Fischer, Neuber, Schwartz & Walter, 2003; Fonseca, 2006). O que torna necessária uma interligação com variáveis distintas como: sistemas de coping, integração social, redes de suporte e a ênfase que deve ser atribuída à autonomia/independência. Diferencia-se assim saúde e doença, uma vez que a qualidade de vida não depende apenas de um diagnóstico ou de sintomatologia. Mas depende sim, de um leque alargado a várias áreas que vão muito para além do aspeto fisiológico (Flick, Fischer, Neuber, Schwartz & Walter, 2003; Fonseca, 2006).

Existe, portanto, grande debate acerca da qualidade de vida, associado, aos anos acrescidos na vida de uma pessoa. Neste sentido, torna-se importante mencionar dois pontos de vista (Smith & Baltes 2001). Um deles encontra-se, alinhado com o aspeto positivo, que se relaciona com a plasticidade no envelhecimento, ou seja, a possibilidade de atenuar e até mesmo retardar processos no que toca à senescência. Desta forma, todas as técnicas desenvolvidas de forma a melhorar a vivência do indivíduo, leva a uma maior longevidade (Smith & Baltes 2001). No entanto, o lado inverso associa-se ao negativismo, uma vez que, os anos extra se encontram

relacionados com fator de perda, demência, fraqueza, multimorbidade, perda de autonomia e de identidade pessoal (Smith & Baltes 2001).

Na qualidade de vida torna-se fácil evidenciar que a doença e incapacitação não se relacionam apenas à presença ou ausência de saúde, encontram-se sim, ligados à ausência de fatores de risco que proporcionam saúde e por sua vez melhoram a qualidade de vida. Existem portanto, estilos de vida a serem adotados fundamentalmente na fase adulta, de forma a alcançar um envelhecimento com base numa qualidade de vida mais favorável e estável (Rowe & Kahn, 1998; Fonseca, 2006). Porém, a prática de estilos de vida saudáveis não nos garante totalmente uma vida mais longa, o que leva a um desencorajamento das práticas saudáveis (Rowe & Kahn, 1998; Fonseca, 2006). Associado a este conceito há um valor atribuído à esperança média de vida, a qual sofre alterações prejudiciais à medida que a longevidade aumenta (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2009). Estes prejuízos estão, fundamentalmente, relacionados com os estados funcionais e oportunidades sociais, que sofrem influência através de fatores como a doença, os danos, os tratamentos e as políticas de saúde (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2009).

Contudo, subjetividade, é o conceito que apresenta maior relação com a noção de qualidade de vida, não apenas dirigido ao que cada um percebe relativamente ao seu estado de saúde, mas sim ampliado e verificado em múltiplas dimensões da vida. A noção de qualidade de vida, envolve a consideração do estado sociocultural, das dimensões sociais e atividades intelectuais, auto-estima e auto-regulação, auto cuidado, suporte familiar e satisfação nas atividades diárias capazes de serem desempenhadas (Witford, Olver & Peterson, 2007).

Um estudo realizado em 15 países sobre o conceito de qualidade de vida revelou que, apesar da sua complexidade e do aspeto multidimensional, os resultados atribuíram maior importância às atividades de vida do quotidiano. O fato de possuir energia e saúde em geral, felicidade e alegria de viver, são variáveis vistas como fundamentais. Os vetores relacionados com a vida sexual, aparência física e o apoio de outras pessoas, foram apresentados como secundários na análise dos resultados obtidos (Molzahn, Skevington, Kalfoss & Makaroff, 2010).

Com base neste contexto outro estudo evidenciou a percepção de qualidade de vida associada às atividades de vida diárias (Molzahn, Skevington, Kalfoss & Makaroff, 2010). Deste modo, a liberdade e independência, a capacidade de movimentação e de realização de trabalhos, foram os aspetos diários mais valorizados. Na revisão verifica-

se no entanto que a participação na comunidade, a aprendizagem de novas competências e a dinâmica sexual, foram os aspetos menos valorizados (Molzahn, Skevington, Kalfoss & Makaroff, 2010).

Um estudo realizado em Espanha (Rodríguez, León-Munõz, Balboa-Castillo, Banegas, Rodríguez-Artalejo & Guallar-Castillón, 2009) centrado na relação entre as mudanças na qualidade de vida com o preditor de mortalidade em idosos teve como principal objetivo o relacionamento entre a aptidão física e a qualidade de vida. Este estudo realçou que o declínio tanto da componente física como mental do indivíduo idoso, são a principal causa para a ocorrência de um aumento da mortalidade. A atividade física é importante para alcançar um envelhecimento mais saudável e com maior qualidade de vida associada (Rodríguez, León-Munõz, Balboa-Castillo, Banegas, Rodríguez-Artalejo & Guallar-Castillón, 2009).

4. Metodologia

Na metodologia, de forma sistematizada, serão apresentadas as ferramentas metodológicas usadas para a concretização do estudo. A recolha de dados será efetuada através do questionário sociodemográfico, do instrumento WHOQOL-Bref, do *Mini-Mental State Examination* (MMSE) da escala de *Coping* Religioso e Espiritual (RCOPE adaptada a população portuguesa de Portugal) e Escala Geriátrica de Depressão (EGD).

Na metodologia será apresentada uma caracterização da amostra e uma descrição dos procedimentos realizados. Para o tratamento dos dados recorreu-se ao programa SPSS com o objetivo de organizar a informação, interpretar resultados e testar as hipóteses apresentadas.

4.1. Objetivo da Investigação

O principal objetivo deste estudo prende-se com a análise da relação entre espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida e o impacto que esta relação tem na vivência da população mais idosa. Esta relação, sendo comprovada, torna-se fundamental para a psicologia na medida em que a espiritualidade e religiosidade revela uma estratégia de *coping* relevante, perante prejuízos na qualidade de vida dos indivíduos.

4.2. Amostra

Os participantes deste estudo são idosos que frequentam, ou não, centros de dia da região do Norte de Portugal com idades compreendidas entre os 60 e os 84 anos. A amostra é constituída por 100 sujeitos de ambos os sexos cuja participação foi voluntária com total respeito pelas normas éticas e confidencialidade dos dados. Um dos critérios de exclusão foi a presença de doença física associada e/ou psicopatologia diagnosticada.

4.3. Hipóteses de investigação

Neste estudo foram formuladas as seguintes hipóteses:

H1: Existem diferenças na utilização de estratégias de coping religioso e espiritual positivo em função da qualidade de vida.

H2: Existem diferenças significativas na utilização de estratégias de coping positivo em função do género.

H3: Existem diferenças significativas na utilização de estratégias de coping religioso e espiritual positivo e competências inerentes à idade (capacidade cognitiva).

H4: Existem diferenças significativas na utilização de estratégias de coping religioso e espiritual positivo perante determinada situação de vida (estado civil).

4.4. Design do estudo

É um estudo descritivo, inferencial e de correlação, pretendendo-se analisar a relação entre as diferentes variáveis.

4.5. Variáveis do estudo

- **Variáveis Psicológicas:** qualidade de vida, espiritualidade e capacidade cognitiva.
- **Variáveis Sociodemográficas:** idade, género, nível sociocultural, nível socioeconómico, estado civil.

4.6. Procedimentos de análise de dados

Foi solicitada a autorização às instituições, Fraterna de Guimarães e Centro de dia e de São Torcato, envolvidas no estudo proposto e, foi fornecida toda a informação acerca da investigação. Os participantes que não se encontram em instituição, na região de Guimarães, serão devidamente informados acerca deste estudo. A investigação

apresenta um cariz voluntário e confidencial. O processo de amostragem foi de conveniência, classificado como um processo de amostragem aleatório fora das instituições e não aleatório no contexto institucional, de forma a diminuir os custos e aumentar a rapidez na execução da investigação.

A investigação cumpre os requisitos de metodologia quantitativa e os resultados apresentados foram avaliados recorrendo à análise estatística através do programa SPSS, *Statistical Program for Social Sciences*, versão 18.0. Esta análise foi conseguida em dois momentos: 1) análise descritiva – análise de frequências e de medidas de tendência central e dispersão 2) análise inferencial – teste de hipóteses de acordo com os objetivos do estudo e distribuição amostral e determinação dos coeficientes de correlação.

4.7. Instrumentos

De forma a alcançar os objetivos deste estudo foram utilizados cinco instrumentos devidamente ajustados às variáveis a ser estudadas. Neste sentido, utilizamos um questionário sócio demográfico para recolher informações gerais, o questionário de qualidade de vida (WOQOL-BREF) para avaliar a qualidade de vida, o questionário de avaliação cognitiva, Mini Mental State (MMS) para avaliar as capacidades cognitivas, a escala geriátrica de depressão (EGD) para avaliar a depressão e a escala de coping religioso e espiritual (RCOPE) para avaliar a utilização do coping religioso e espiritual positivo ou negativo.

4.7.1. Questionário Sociodemográfico

A primeira fase de recolha de dados foi realizada através do questionário sociodemográfico, devidamente ajustado à população que será alvo de investigação. O questionário que foi utilizado é um questionário adaptado de acordo com os objetivos do estudo presente. O questionário tem como objetivo avaliar as condições de vida, idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, situação financeira, rendimentos, com quem coabita, parentesco, saúde física, relações sociais dos indivíduos nesta faixa etária, religião a que pertencem e a avaliação da sua crença.

4.7.2. Escala Geriátrica de Depressão:

[versão 30 itens] Escala geriátrica da depressão (EGD) (Yesavage, Brink, Lum, 1986). [versão 15 itens] (Sheikh & Yesavage, 1986; versão portuguesa de Cardoso & Martín, 2007).

Esta escala é um instrumento utilizado para fazer o despiste de sintomas depressivos em pessoas idosas. Constituída inicialmente por 30 itens, os autores propuseram posteriormente uma versão breve da escala, com 15 itens, para diminuir as probabilidades de quebra da atenção por parte dos idosos (McDowell & Newell, 1996). A resposta aos 15 itens desta escala devem referir-se sobre como o indivíduo se tem sentido nas últimas 2 semanas. Se a soma das pontuações variar entre 0 e 4 indica ausência de depressão, entre 5 e 8 depressão ligeira, entre 9 e 11 depressão moderada e entre 12 e 15 depressão severa (Cardoso & Martín, 2007). Esta escala é a única criada especificamente para a população idosa e compreende questões sobre sentimentos e comportamentos, que decorreram na última semana. As respostas são dicotómicas (sim/não).

A EGD tem boas medidas de consistência interna ($\alpha = 0,94$) e confiabilidade (0,94), de igual modo sugere estabilidade no teste-r de 8 dias ($r = 0,85$). Apresenta uma boa validade em relação com outras escalas de depressão: com a Escala de Depressão ($r = 0,83$), Avaliação do Self de Zung ($r = 0,83$) e com a Escala de Avaliação Hamilton para a Depressão ($r = 0,84$) (Cardoso & Martín, 2007).

4.7.3. Mini-Mental State Examination (MMSE)

Trata-se de um instrumento que avalia o estado mental e permite identificar o défice cognitivo em sete questões. A simplicidade deste instrumento permite que este possa ser utilizado de forma séria e rotineira. Contudo, o facto de ser “mini” exclui questões relacionadas com o humor, experiências mentais anormais e o modo de pensar, para se concentrar nos aspetos cognitivos das funções mentais. A aplicação deste instrumento não exclui, porém, uma avaliação clínica completa. No entanto, revela ser um instrumento capaz de objetivar o défice cognitivo (Folstein, Folstein & McHugh, 1975).

O MMS divide-se em duas partes, a primeira prende-se com a avaliação da oralidade nos termos da orientação, memória e atenção, tendo como pontuação máxima 21 pontos. A segunda parte centra-se na capacidade de identificação no seguimento de ordens verbais e escritas, na escrita e no desenho. Aqui a pontuação máxima é de nove pontos. Assim, a pontuação do MMS varia entre 0-30 pontos. A aplicação do

instrumento é rápida (5-10 minutos) (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). A versão portuguesa desta escala “Avaliação Breve do Estado Mental” traduzida do original “Mini.Mental State Examination” (MMSE) é um instrumento simples com o objetivo de avaliar o estado cognitivo de pacientes geriátricos. Esta adaptação foi construída com 11 itens (Guerreiro, 1994), abrange diferentes parâmetros cognitivos. Estes 11 itens encontram-se agrupados em cinco categorias. Cada categoria visa avaliar funções cognitivas específicas tais como: Orientação (temporal e espacial); Retenção; Atenção e Cálculo; Evocação (memória) e Linguagem. A pontuação pode variar entre 0-30 pontos o que se traduz ora em comprometimento cognitivo ou boa capacidade cognitiva, correspondentemente (Guerreiro, 1994). Para a população portuguesa foram identificados quatro pontos de corte: Normal: 27-30; Dano cognitivo médio: 21-26; Dano cognitivo moderado: 11-20; Dano cognitivo severo: 0-10 (Guerreiro, 1994). O instrumento encontra-se validado para a população portuguesa mas apenas foi avaliada a fidelidade, assim, a escala total apresentou um alfa de 0,91, o que revela uma boa consistência interna (Guerreiro, 1994).

4.7.4. Instrumento de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-BREF)

O instrumento WHOQOL-Bref é um instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHOQOL-BREF, 1998). Destina-se à avaliação da qualidade de vida tal como foi definida pela OMS, contempla, saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais. O instrumento é composto por 26 itens, organizado em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Cada um dos domínios é constituído por um conjunto de facetas e cada faceta é avaliada através de uma pergunta. Permite avaliar a qualidade de vida de indivíduos adultos, pode ser utilizado em doentes e em pessoas da população em geral, a sua aplicação pode ser por auto-preenchimento ou entrevista e exige que o indivíduo tenha capacidade para compreender as perguntas. Este instrumento foi construído com base nos dados recolhidos em 20 centros de avaliação da qualidade de vida da OMS, os valores aceitáveis de consistência interna: 0,82 no domínio físico; 0,81 no domínio psicológico; 0,80 ambiente e 0,68 no domínio relações (Skennington, 2004). O instrumento revelou um alfa de Cronbach total dos domínios de 0.79. As correlações entre os quatro domínios são estatisticamente significativas, todos os domínios apresentam correlações elevadas com faceta de qualidade de vida em geral. Os procedimentos de aplicação e cotação deste questionário é manual ou mediante o

recurso a uma sintaxe para o programa SPS, cada pergunta é cotada de 1 a 5 e três itens devem ser invertidos (Q3, Q4, Q26). A transformação dos resultados é feita numa escala de 0 a 100. Os resultados mais elevados correspondem a uma melhor qualidade de vida.

No que concerne às variáveis relacionadas com a qualidade de vida, medidas pelo WHOQOL (versão Bref ou de 100 itens), é importante mencionar as que têm sido apontadas como fundamentais, nomeadamente na descoberta de sintomas negativos (Brissos, Dias, Carita, et al., 2008, cit in Simões, Sousa & Paredes, 2010), a ansiedade (Den Oudsten et al., 2009; Magalhães, 2008; Unalan te al., 2008, cit in Simões, Sousa & Paredes, 2010), o temperamento, o carácter e as características de personalidade (Masthoff, Trompenaars, Van Heck, Hodiamont & De Vries, 2007, cit in Simões, Sousa & Paredes, 2010).

4.7.5. Instrumento de avaliação do *coping* religioso e espiritual (Escala RCOPE)

Baseada na estrutura da escala RCOPE (Caver et al., 1989 cit in Koenig et al., 2001), trata-se de uma escala desenhada para ser teórica e empiricamente ajustada, funcionalmente orientada, compreensiva, clinicamente válida e significativa, aberta aos aspetos positivos e negativos da religião (Koenig et al., 2001). A escala RCOPE (Pargament *et al.*, 2001) é composta de itens de *coping* religioso e *coping* espiritual, que, embora tenha sido originalmente denominada apenas como escala de *coping* religioso, em publicação posterior é utilizado o termo *religious/spiritual coping* tanto para caracterizar a escala como para referir-se ao construto que ela mede (Fetzer/NIA Working Group, 1999). Esta escala foi construída inicialmente com 21 subescalas com, oito escala, cada uma, com origem idiomática e cultural norte-americana. No entanto, este instrumento já se encontra aferido para a população portuguesa de Portugal (Sara, Dantas, 2010). A tradução da escala Norte-Americana RCOPE para a língua portuguesa foi conseguida através do modelo constituído por 6 estágios para proceder à tradução da escala (Beton, Bombardier, Guillemin & Feraz, 2000). Avalia tanto o *coping* religioso como o *coping* espiritual abrangendo tanto o *coping* positivo como o negativo. A RCOPE apresentou boas características psicométricas, validade de construto e fidelidade globalmente boa ($\alpha = 0,582$ e $\alpha = 0,939$) (Almeida & Freire, 2000). A análise fatorial gerou 18 fatores e após a análise tendo em conta os critérios de inclusão/exclusão foram obtidos 12 fatores e 70 itens (65 itens divididos pelas 12 subescalas e 5 itens invertidos). As subescalas são: Reavaliação Religiosa Benevolente/Apoio Espiritual (Alfa de Cronbach da subescala total de 0,896); Reavaliação Punitiva

de Deus (Alfa de Cronbach da subescala total de 0,889); Reavaliação Demoníaca (Alfa de Cronbach da subescala total de 0,857); Reavaliação do Poder de Deus (Alfa de Cronbach da subescala total de 0,582); Rendição Religiosa Ativa (Alfa de Cronbach da subescala total de 0,923); Diferimento Religioso Passivo (Alfa de Cronbach da subescala total de 0,865); Foco Religioso (Alfa de Cronbach da subescala total de 0,827); Purificação/ Perdão Religioso (Alfa de Cronbach da subescala total de 0,881); Descontentamento Religioso Interpessoal e Espiritual (Alfa de Cronbach da subescala total 0,887); Busca de Apoio do Clero/Membros da Igreja (Alfa de Cronbach da subescala total de 0,891); Apoio Religioso (Alfa de Cronbach da subescala total de 0,914) e Direção/ Conversão Religiosa (Alfa de Cronbach da subescala total de 0,939). Os 5 itens invertidos não avaliam nem o coping positivo nem o negativo (Dantas, 2010). Posteriormente foi realizada nova análise fatorial com 12 dimensões, apresentando-se estas divididas em 2 fatores, o coping religioso positivo e o coping religioso negativo. A escala de RCOPE apresenta-se como válida e fidedigna, podendo, após mais estudos, ser aplicada quer na investigação como prática clínica (Dantas, 2010). A consistência interna de todas as subescalas, exceto de duas, foi de $\alpha = 0,80$, a exceção foi encontrada na subescala Demarcação de Fronteiras Religiosas e Reavaliação do Poder de Deus (Dantas, 2010).

4.8. Análise dos resultados

A análise descritiva dos dados irá apresentar-se segundo as frequências e medidas de tendência central e dispersão. De modo a caracterizar a amostra ao nível das variáveis sociodemográficas e clínicas utilizou-se a estatística descritiva (frequência, média e desvio padrão). Os instrumentos utilizados foram submetidos a testes de fidelidade e validade. Assim, cada item de cada instrumento foi analisado, estatisticamente, de acordo com os alphas de Cronbach e foram eliminados os itens necessários para que o valor de alfa se situe em valores superiores a 0,70, de modo a existir consistência. Para a análise das hipóteses do estudo, realizaram-se inicialmente testes de normalidade e, perante os resultados obtidos, aplicaram-se os respetivos testes de hipóteses (t-student e Anova). Para estudar a correlação entre duas variáveis quantitativas determinou-se o coeficiente de correlação de Pearson e entre uma variável quantitativa e uma variável ordinal, o coeficiente de correlação de Spearman. Em todos

os testes foi considerado um nível de significância de 5%. Apenas os resultados obtidos no teste das hipóteses foram alvo de comparação com a literatura

5. Caracterização sociodemográfica

Tabela 1: *Análise descritiva referente ao questionário sociodemográfico.*

Variáveis		n	(%)	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Género	Masculino		36				
	Feminino		64				
Idade				75	5	65	83
Estado Civil	Solteiro		9				
	Casado		45				
	Viúvo		46				
Coabitação	Filhos		39				
	Conjuge		31				
	Sozinhos		11				
	Outros familiares		4				
	Amigos		1				
	Conjuge e filhos		14				
Número de Habitantes	1		11				
	2		66				
	3		18	2	1	1	4
	4	100	5				
Habilitações Literárias	Não sabe ler nem escrever		4				
	Sabe ler e escrever sem qualquer grau		22				
	Não terminaram o 1º ciclo		8				
	1º Ciclo		24				
	2º Ciclo		11				
	3º Ciclo		20				
	Licenciatura		11				
Profissão	Qualificada		54				
	Não qualificada		46				
Idade da reforma				63	3	56	70
Rotina Semanal				40,5	18	10	85

Na tabela 1, podemos observar a caracterização dos participantes. Como podemos verificar, o estudo foi realizado a 100 indivíduos, sendo 36% do sexo masculino e 64% do sexo feminino. Estes participantes têm uma média de idades de 75 anos e desvio-padrão de 5 anos. No que diz respeito ao estado civil, destacam-se 45% de sujeitos casados e 46% viúvos.

Quanto à variável de coabitação, salienta-se que 39% dos sujeitos vivem com os filho(a)s e 31% dos sujeitos vivem com o cônjuge (marido/esposa), vivendo uma maioria de 66% com dois elementos. No que diz respeito às habilitações literárias 4% não sabe ler nem escrever, 22% sabe ler e escrever sem qualquer grau, 8% não terminou o ensino básico, 24% realizou o 1ºciclo completo, 11% o 2ºciclo, 20% o 3ºciclo e 11% concluiu uma licenciatura.

Em termos profissionais podemos dividir em dois grandes grupos, as profissões qualificadas e as não qualificadas. Assim, obtivemos 54% sujeitos com profissão qualificada (e.g. professores, contabilistas, auxiliares de saúde e educação, contabilistas) e 46% sujeitos com profissões não qualificadas (e.g. empregadas têxteis, empregadas fabris, domésticos).

Na variável referente à idade da reforma obtivemos resultados de idades compreendidas entre 56 e 70 anos de idade. A média da idade de reforma dos participantes, no presente estudo, é de 63 anos (DP = ± 3), sendo a idade de reforma mais frequente os 65 anos de idade.

Relativamente às horas dedicadas à rotina, semanalmente, estas variam entre as 10 horas e as 85 horas. A média de horas semanais dedicadas á rotina é de 40,50 horas (DP = ± 18).

Tabela 2: *Análise descritiva referente ao questionário sociodemográfico.*

Variáveis	(%)
<i>Fonte de sustentabilidade</i>	vive com o dinheiro da reforma 100
<i>Tipo de Habitação</i>	habitação arrendada 39
	habitação própria 41
	habitação de familiares 20
<i>Prática Religiosa</i>	cristão católico 100

Pela análise da tabela 2 verificamos que os 100 sujeitos dependem da reforma para gerir a vida diariamente e são cristãos católicos. Quanto ao local de habitação, destacamos que 39% vive em habitações arrendadas (casa/apartamentos), 41 % em habitações próprias (casa/apartamento) e 20% em casa de familiares. Em relação à frequência, ou não, de centros de dia, verificamos que 48% dos sujeitos não frequenta o centro de dia, sendo 34% são do sexo feminino e 14% do sexo masculino. Verificamos, também, que 52% sujeitos frequentam centro de dia sendo 30% do sexo feminino e 22% do sexo masculino.

5.1. Análise dos instrumentos

Tabela 3: *Índice de fidelidade /consistência alpha de Cronbach para os instrumentos.*

Instrumentos	Cronbach's Alpha
WHOQOL-BREF	0,959
Escala EGD	0,712
RCOPE	0,980
MMS	0,799

A análise do poder discriminativo dos itens, verifica-se na escala WHOQOL-Bref (Skenvington, 2004; Canavarro, 2006) não sendo necessário a exclusão de qualquer item uma vez que o valor de alfa é 0,959 e por isso superior a 0,70.

Na análise fatorial na Escala GDS foi necessário excluir 4 itens (item 1, item 5, item 7, item 13) (Sheikh & Yesavage, 1986; versão portuguesa de Cardoso & Martín, 2007) de modo a obter um valor do coeficiente *alfa* de *Cronbach* superior a 0,70. O índice de fidelidade /consistência *alpha* de *Cronbach* obtido foi de 0,712.

A análise do poder discriminativo dos itens, verificou-se na escala RCOPE (Caver et al., 1989 cit in koenig et al., 2001) não sendo necessário a exclusão de qualquer item, apresentando um valor de *alpha* de *Cronbach* de 0,980.

A análise do poder discriminativo dos itens, verificou-se na escala MNS (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Guerreiro, 1994) não sendo necessário a exclusão de

qualquer item, apresentando um índice de fidelidade /consistência *alpha* de *Cronbach* de 0,799.

Na amostra considerada e de acordo com a tabela 4, ao nível da qualidade de vida o valor médio de 34,4 indicia que os sujeitos inquiridos não apresentam uma elevada qualidade de vida. Salienta-se ainda que o valor médio de 8,78 na escala EGD os caracteriza com depressão moderada. Por sua vez, o valor médio de 26,88 no MMS evidencia uma boa capacidade cognitiva dos sujeitos da amostra.

Tabela 4: *Análise das pontuações nos instrumentos.*

Instrumentos	Média	Desvio-padrão
WHOQOL-BREF	34,4	7,841
Escala EGD	8,78	3,692
RCOPE-Positivo	1,99	0,758
MMS	26,88	3,036

5.2. Testes de hipóteses

No sentido de analisar as hipóteses formuladas, após a aplicação do teste da normalidade, foram aplicados diferentes testes de hipóteses.

5.2.1. Hipótese 1: Existem diferenças na utilização de estratégias de coping religioso e espiritual positivo em função da qualidade de vida.

Após a realização do teste de normalidade (Kolmogorov-Smirnov), verificou-se a existência de normalidade ($p < 0.05$). Para testar esta hipótese, de comparação entre dois grupos, utilizou-se o teste t-student para amostras independentes.

Tabela 5: *Estratégias de coping religioso e espiritual positivo e Qualidade de Vida*

Grupos	n	Média	(DP ±)	Teste t	p1*
Menor qualidade de vida	58	2,06	0,829	1,075	0,285
Melhor qualidade de vida	42	1.90	0,643		

*p1- Nível de significância do teste t de Student

Não se verificam diferenças estatisticamente significativas ao nível de estratégias de coping positivo nos dois grupos, ou seja, não há relação entre a qualidade de vida e as estratégias de coping religioso e espiritual positivo.

5.2.2. Hipótese 2: Existem diferenças significativas na utilização de estratégias de coping religioso e espiritual positivo em função do género.

O teste utilizado para testar esta segunda hipótese foi novamente o teste t-student, uma vez que se verificaram os pressupostos de normalidade ($p < 0.05$) e se estão a comparar dois grupos.

Tabela 6: Estratégias de Coping religioso e espiritual Positivo e Género

Grupos	n	Média	(DP ±)	Teste t	p1*
Feminino	64	2,22	0,466	4,320	0.000
Masculino	36	1,59	0,986		

*p1- Nível de significância do teste t de Student

Pela análise dos valores obtidos pode concluir-se que existem diferenças estatisticamente significativas na utilização de estratégias de coping religioso e espiritual positivo em função do género, tendo os sujeitos do sexo feminino uma utilização superior.

5.2.3. Hipótese 3: Existem diferenças significativas na utilização de estratégias de coping religioso e espiritual positivo e competências inerentes à idade (capacidade cognitiva).

Tabela 7: Estratégia de Coping Religioso e espiritual Positivo e competências inerentes à idade (capacidade cognitiva).

Grupos	n	Média	(DP ±)	Teste t	p1*
Com deterioração cognitiva	7	2,41	0,433	1,521	0.131
Sem deterioração cognitiva	93	1,96	0,769		

*p1- Nível de significância do teste t de Student

Através da aplicação do teste t-Student verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em termos de utilização de estratégias de coping religioso e espiritual positivo nos dois grupos de sujeitos, respetivamente com e sem deterioração cognitiva.

5.2.4. Hipótese 4: Existem diferenças significativas na utilização do coping religioso e espiritual positivo perante situação de vida (Estado Civil).

Tabela 8: Estratégias de Coping religioso e espiritual Positivo e Estado Civil

Grupos	n	Média	(DP ±)	F	p2*
Viúvo	46	2,10	0,350		
Casado	45	1,72	0,917	6,062	0,003
Solteiro	9	2,33	1		

*p2- Nível de significância do teste Anova

Para estudar a comparação das estratégias de coping positivo nos três grupos da variável estado civil aplicou-se o teste ANOVA. Como $p=0,003(<0,05)$ pode concluir-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores de utilização de estratégias de coping religioso e espiritual positivo nos três estados civis. Verifica-se que nas situações em que os sujeitos estão mais sós (viúvos e solteiros) os valores de utilização de estratégias de coping religioso e espiritual positivo são superiores.

5.3. Correlações

Em termos de correlações, para verificar a existência de uma relação entre duas variáveis quantitativas foi determinado o coeficiente de correlação de Pearson. Analisando os resultados obtidos, obteve-se um valor estatisticamente significativo do coeficiente de Pearson para a relação entre utilização de estratégias de coping religioso e espiritual positivo e o número de horas ocupadas com rotinas semanais ($r=0,422$, $p=0,000$) e entre a utilização de estratégias de coping religioso e espiritual positivo e a escala de depressão geriátrica ($r=0,221$, $p=0,027$). Uma vez que os valores do coeficiente são positivos as relações existentes são positivas e indiciam que utiliza mais estratégias de coping religioso e espiritual positivo quem tem maior número de horas

ocupadas com rotinas semanais assim como quem tem um nível de depressão mais acentuado.

Analogamente, constata-se também que as pessoas mais velhas são as que têm menor qualidade de vida ($r=-0.283$, $p=0.004$) e as que têm menos horas ocupadas com rotinas semanais ($r=-0.255$, $p=0.011$).

Verificou-se ainda que as pessoas que coabitam com mais elementos são aquelas que têm menor qualidade de vida ($r=-0.203$, $p=0.043$) e que as pessoas cuja idade da reforma é superior são as que têm maior qualidade de vida ($r=0.368$, $p=0.000$) e mais elevadas capacidades cognitivas ($r=0.286$, $p=0.004$).

Em termos de qualidade de vida, os resultados indiciam que tem maior qualidade de vida as pessoas mais jovens ($r=-0.283$, $p=0.004$), que têm mais capacidades cognitivas ($r=0.198$, $p=0.048$) e menor índice depressivo ($r=-0.561$, $p=0.000$).

No sentido de analisar a relação entre o coping positivo e as habilitações literárias (variável ordinal) foi determinado o valor do coeficiente de Spearman. O valor estatisticamente significativo $r=-0.294$ ($p=0.003<0.05$) evidencia que quanto mais habilitações literárias o sujeito tem menor as estratégias de coping religioso e espiritual positivo utilizadas.

6. Análise exploratória/Discussão dos resultados

6.1. Estratégias de Coping Religioso e Espiritual Positivo e Qualidade de Vida

Pelos resultados obtidos foi possível verificar que as médias se encontram bastante próximas, o que nos permite perceber que não serão as estratégias de coping religioso e espiritual positivo que inferem acerca da menor ou melhor qualidade de vida.

Contudo, existem três sujeitos quase sem qualidade de vida e três sujeitos que tem uma qualidade vida muito boa – estudos de caso.

A análise estatística estabelecida permitiu concluir que a hipótese 1 é rejeitada na amostra estudada. Assim, independentemente da melhor ou menor qualidade de vida a população utiliza estratégias de coping religioso e espiritual positivas. Neste sentido, podemos relacionar este resultado com a questão cultural, uma vez que, a nossa cultura passa por uma ligação e um vínculo religioso católico inerente a qualquer indivíduo. A questão religiosa católica, praticante ou não, parece ser um aspeto intrínseco aos participantes deste estudo, o que não nos permitiu verificar a hipótese. Assim, o estudo

realizado permite-nos levantar a questão da uniformidade cultural e religiosa patente na nossa população. Esta conclusão não vai de encontro ao escrito pela literatura, a qual afirma exatamente o contrário.

A maneira como os indivíduos lidam, gerem, como se adaptam ou como enfrentam, designa-se de processo de *coping* (Pargament, 1997). O conceito de *coping* religioso/espiritual encontra-se presente nas áreas da psicologia cognitivo comportamental, psicologia da religião, psicologia positiva, psicologia da saúde, medicina e espiritualidade (Panzini & Bandeira, 2007).

Quando as pessoas se dirigem para o campo religioso de forma a lidar com o fator de *stress* acontece o designado *coping* religioso-espiritual (Pargament, 1997). O *coping* religioso e espiritual possui assim objetivos que se encontram de acordo com os principais objetivos da religião, tais são a procura pelo significado, o controlo, o confronto espiritual, a intimidade com Deus, intimidade com os membros da sociedade e a transformação física (Pargament, 1997). Para além destes objetivos também se junta a procura de bem-estar, tanto físico, como psicológico e emocional (Tarakwshwar & Pargament, 2001). As estratégias religiosas de *coping* encontram-se fortemente relacionadas a situações de carência tanto na saúde, como face ao envelhecimento, a fatores de incapacidade e até mesmo à morte (Siegel, et al 2001). Também é frequente a aplicação de estratégias de *coping* religiosas perante a perda de figuras significativas (Park & Cohen, 1993). Tais estratégias possuem dois pólos de classificação distintos. Desta forma, as estratégias do *coping* religioso e espiritual podem ser de carácter positivo ou negativo (Pargament, Koenig & Perez, 1998). O *coping* religioso e espiritual positivo abrange estratégias que proporcionam efeito benéfico e positivo ao indivíduo, como a procura de amor, proteção de Deus ou uma maior conexão com forças transcendentais, a procura de ajuda de conforto na literatura religiosa, a procura de perdoar e ser perdoado, orar pelo bem-estar de outros, resolver problemas em colaboração com Deus e redefinir o fator stressante como benéfico (Bandeira & Panzini, 2007). O *coping* religioso e espiritual negativo envolve estratégias que geram consequências prejudiciais e negativas ao indivíduo, como questionar a existência, o amor ou os atos de Deus, delegar a Deus a resolução dos problemas, sentir insatisfação e descontentamento em relação a Deus e redefinir o fator de *stress* como punição divina ou forças do mal (Bandeira & Panzini, 2007).

Na área da saúde, a espiritualidade evidencia grande importância e influência. Vários estudos demonstraram os benefícios implícitos na área da saúde quando se

encontra presente a componente da espiritualidade (Antonovsky, 1987). Tais estudos foram reunidos em pacientes com condições médicas e psiquiátricas, mediante as crenças espirituais e a participação nas práticas religiosas. Especificamente, os indivíduos que se descrevem como espirituais são mais capazes de suportar os sintomas e experienciar uma melhoria na sua saúde física (Antonovsky, 1987).

Relatam também a diminuição da sintomatologia física e mental, dores, problemas de saúde, depressão e ansiedade (Matthews, 2000), além de experimentar o funcionamento físico melhorado. Também apresentam melhorias de forma mais rápida e eficaz no caso de cirurgia e, desta forma desfrutar de uma maior longevidade (Antonovsky, 1987).

Da mesma forma, os indivíduos que praticam a Espiritualidade possuem hábitos mais saudáveis, cumprem melhor o seu regime médico e utilizam menos recursos médicos (Powell, Shahabi & Thoresen, 2003), quando comparados com indivíduos não espirituais. Em conjunto, estes fatores identificam uma série de benefícios que podem ser realizáveis nas pessoas com dificuldades de saúde, mas que ao mesmo tempo participam e praticam crenças espirituais (Matheis, Tulskey, David & Robert, 2006).

Considera-se que o uso de estratégias de coping religioso e espiritual positivas, são mais utilizadas, comparativamente às negativas, em situações diferentes de vida nas quais se encontra presente o *stress* (Pargament, et al, 1998).

A utilização do coping religioso e espiritual positivo encontra-se associada a maior qualidade de vida. De facto a utilização positiva do coping religioso e espiritual representa níveis mais elevados de qualidade de vida (Brady et. al, 1999, cit in Svare & Anngela-Cole, 2010). As pessoas com níveis mais elevados de bem-estar espiritual possuem maior capacidade de tolerância face a níveis de fadiga e de dor. Ao mesmo tempo mantêm a sensação de bem-estar que suporta a sua vontade no processo contínuo do tratamento médico e, por sua vez, prevê melhorias nos resultados. Existe uma grande importância do fator espiritual, considerando-o como central na dimensão clínica e fundamental na qualidade de vida. Desta forma, expõem a necessidade da inclusão do aspeto espiritual no enquadramento do modelo biopsicossocial de qualidade de vida atual (Brady et al., 1999, cit in Svare & Anngela-Cole, 2010).

6.2. Estratégias de coping Religioso e Espiritual Positivo e Género

Pelos resultados obtidos estatisticamente, verifica-se que existem diferenças significativas entre homens e mulheres relativamente à utilização de estratégias de

coping religioso e espiritual positivo. Desta forma a hipótese 2 não é rejeitada. Este resultado vai de encontro ao apresentado pela literatura.

O desenvolvimento espiritual ao longo da vida adulta nota um crescimento significativo na espiritualidade, mormente nas mulheres (Wink, 2002). Na verdade, é necessário ter em conta, entre outras variáveis o género, onde quase sempre as mulheres levaram vantagem na religiosidade, assim existe maior utilização das estratégias de coping religioso e espiritual pelos elementos do sexo feminino na velhice (Koenig, Moberg & Kvale, 1988).

6.3. Estratégias de coping religioso e espiritual positivo e competências inerentes à idade (capacidade cognitiva).

O resultado obtido na análise desta hipótese permitiu concluir que, de facto, na população estudada, todos os participantes que se encontram nesta condição utilizam estratégias de coping religioso e espiritual positivo. A análise destes resultados permite verificar que a população estudada se encontra dentro do esperado, no que concerne à literatura.

A importância do fator espiritual relaciona-se fortemente com a manutenção e com as possíveis atenuações de complicações a nível físico e mental (Levin & Chatters, 1998 cit in Floriano & Dalgalarrodo, 2007). A utilização de estratégias de coping religioso e espiritual positivo encontram-se envolvidas num processo de confronto direto com os principais acontecimentos da vida, por exemplo, doença, morte, divórcio. Assim, evidenciam, igualmente, que os atos relacionados com a espiritualidade contribuem para uma diminuição do *stress* diário (Lancaster & Palframan, 2009).

Existe uma associação positiva entre coping religioso e espiritual positivo e ajustamento psicológico positivo. O coping religioso e espiritual positivo pode ter funções adaptativas e efeitos benéficos, o coping religioso e espiritual negativo, por sua vez, pode ter funções mal-adaptativas e efeitos prejudiciais (Panzini & Bandeira, 2007).

A religião/espiritualidade pode ser a fonte de alívio ou desconforto, ao mesmo tempo é também fonte de solução de problemas ou causas de *stress*. No entanto, depende da forma como cada pessoa utiliza as estratégias de coping religioso e espiritual positivo ou negativo (Pargament et al. 1998).

Podemos mencionar que a espiritualidade possui uma dimensão central na vida da maioria da população envelhecida (Ferraro & Kelley-Moore, 2000, cit in Floriano & Dalgalarrodo, 2007). A importância deste fator espiritual relaciona-se fortemente com

o aparecimento, com a manutenção e com as possíveis atenuações de complicações a nível físico e mental (Levin & Chatters, 1998 cit in Floriano & Dalgalarrodo, 2007).

O aumento da espiritualidade está de acordo com o aumento da idade e desempenha a função de suporte emocional, que, conseqüentemente apresenta repercussões na dimensão da saúde física e mental (Monterio, 2004 cit in Floriano & Dalgalarrodo, 2007). A prática de crenças religiosas contribui positivamente para o bem-estar na idade idosa, (Goldstei & Sommenhalder, 2002, Thomas & Eisenhandler, 1994, cit in Floriano & Dalgalarrodo, 2007) principalmente devido aos apoios sociais e consoante o modo de lidar com os fatores de vida stressantes (Koenig et al. 1998).

A espiritualidade tem sido apontada como uma importante dimensão da qualidade de vida. Apesar de se apresentar como um conceito recente que engloba e transcende o conceito de saúde, é composto de vários domínios ou dimensões: física, psicológica, ambiental, entre outras (Panzini, 2007).

6.4. Estratégias de coping religioso e espiritual positivo e situação de vida (estado civil).

O resultado obtido na análise desta hipótese permitiu concluir que, de facto, na população estudada, todos os participantes que se encontram nesta condição utilizam estratégias de coping religioso e espiritual positivo. A análise destes resultados permite verificar que a população estudada se encontra dentro do esperado, no que concerne à literatura.

Em situação de viuvez a frequente utilização de estratégias de coping religioso e espiritual positivo, a participação em acontecimentos sociais e o facto de serem membros de alguma instituição religiosa levou a uma maior estabilidade e melhor suporte emocional (Bahr & Haevey, 1979, cit in Panzini et al. 2007).

A relação entre religião e espiritualidade, as crenças religiosas, as práticas e as relações estabelecidas neste contexto estão envolvidas no processo de lidar com as experiências de vida stressantes (Lancaster & Palframan, 2009).

Além de sugerir que espiritualidade e religião se encontram envolvidas num processo de confronto direto com os principais acontecimentos da vida, por exemplo, doença, morte, divórcio. Os estudos evidenciam, igualmente, que os atos relacionados com a espiritualidade contribuem para uma diminuição do *stress* diário (Lancaster & Palframan, 2009).

7. Limitações do estudo

A leitura do trabalho apresentado deve ter em conta as suas limitações. Neste sentido, a principal limitação prende-se com a utilização da escala de coping religioso e espiritual (RCOPE), uma vez que, este estudo é pioneiro na aplicação desta escala em Portugal com a uma população envelhecida. É importante ter em conta a relevância da adaptação cultural dos itens dos instrumentos para além da comum adaptação linguística. Este processo foi tido em conta sempre que possível e sempre que fosse pertinente. De notar que, a escala RCOPE é original dos EUA, onde o panorama religioso é mais pluralista, uma vez que existem diversas tradições religiosas, sendo este bastante diferente do panorama Europeu e em particular de Portugal onde a população apresenta uma forte influência da tradição Católica.

Em Portugal os estudos na área da Psicologia da Religião são poucos e recentes, o que pode revelar a existência de muitos obstáculos para ultrapassar. Em contrapartida o facto de este campo ser ainda recente abre inúmeras possibilidades de investigação, tornando-se desta forma uma área de interesse acrescido.

8. Conclusões

No final da investigação, podemos concluir que existem diversas variáveis psicossociais subjacente ao envelhecimento e que dificilmente podem evitar. Desta forma, muitas situações, despoletadas durante a passagem pela velhice, podem acarretar repercussões múltiplas, levando desde o agravamento da condição de vida, à insatisfação, mal-estar, desespero, angústia, depressão, sofrimento, perda de qualidade de vida e até mesmo à morte. As situações podem ser de variadas fontes tais como: perda de capacidades motoras, perda de elementos significativos, viuvez, medo à morte, solidão, depressão, perda de capacidades cognitivas, isolamento social, aposentadoria, entre outros. Todos estes domínios parecem apresentar uma carga significativa na vida da população idosa.

A espiritualidade e a religiosidade parecem ser uma moleta, no que concerne às diversas situações problemáticas e dificuldades, encontradas nos últimos anos da vida de um indivíduo. Assim, apesar das suas diferenças conceptuais, a religiosidade e espiritualidade utilizada como estratégia de coping positivo revelam influências bastante surpreendentes na melhor qualidade de vida desta população.

A qualidade de vida por sua vez é um conceito bastante vasto e subjetivo, ou seja, a percepção de qualidade de vida depende da perspectiva de cada um. Esta avaliação é realizada mediante os domínios mais significativos para o indivíduo, uma vez que cada pessoa atribui diferente importância a diversos domínios. Estes são escolhidos de acordo com a satisfação e realização que cada um possui e transmite. Desta forma, o consenso acerca desta temática não é visível e sugere assim diversas perspectivas, teorias e pressupostos.

Quanto ao propósito deste estudo, ou seja, a qualidade de vida dos idosos e a religiosidade e espiritualidade, podemos dizer que, não se verifica a existência de uma relação significativa desta afirmação, na população estudada. Contudo, podemos defender através da questão da uniformidade cultural e religiosa presente na nossa população. Porém, apesar da dimensão cultural e religiosa existe uma dimensão que revela grande importância neste estudo, e que se prende, com a localização dos participantes. Assim, os participantes encontram-se num meio rural com fortes ligações religiosas.

A literatura de facto afirma que indivíduos que apresentam um coping religioso e espiritual positivo apresentam melhor qualidade de vida e lidam melhor com as situações de vida mais problemáticas. Relativamente à faixa etária mais idosa, esta é sem dúvida a que se encontra mais preocupada com aspetos da qualidade de vida e também a mais numerosa relativamente à participação e prática da vida religiosa e espiritual, uma vez que se encontram na fase final da vida.

Contudo, não podemos negar totalmente a literatura, uma vez que verificamos que os indivíduos que apresentam melhor qualidade de vida utilizam as estratégias de coping religioso e espiritual positivo, no entanto também os que apresentam menor qualidade de vida utilizam as mesmas estratégias. Ou seja, neste sentido, as estratégias de coping religioso e espiritual positivo parecem não influenciar a qualidade de vida dos sujeitos, mas parece servir de suporte na vida dos mais idosos.

Todavia, as estratégias de coping religioso e espiritual positivo revelam ser mais utilizadas pelas mulheres comparativamente aos homens e esta afirmação apresenta relevância. De facto, a literatura segue esta linha de discussão e relaciona este aspeto ao facto da educação e dos princípios culturais transmitidos e inculcados no crescimento do ser humano, mormente nas mulheres.

Relativamente a condições de vida e acontecimentos inesperados com algum cariz negativo, tais como, viuvez, a depressão e a deterioração cognitiva, verificadas com

maior frequência na velhice, existe maior utilização das estratégias de coping religioso e espiritual positivo. Desta forma, para ser mais suportável ultrapassar estas adversidades com a ajuda da religião e da espiritualidade.

Em suma, podemos afirmar que o estudo apresentado encontra pertinência no que diz respeito à questão do envelhecimento relacionado com a religiosidade e espiritualidade e com diferentes variáveis, nomeadamente a qualidade de vida. Esta pertinência tem maior visibilidade, pelo facto do crescimento exponencial que assistimos, atualmente, referente ao número de idosos em Portugal.

9. Implicações futuras

No que diz respeito à realização deste estudo é de realçar a escassa informação disponível neste tema em específico. Ao longo de toda a pesquisa bibliográfica uma das barreiras que mais se evidenciou foi de facto a carência de artigos, principalmente em português, relativos a esta temática. Este fator demonstra que em Portugal existe ainda pouca investigação e poucos resultados conclusivos no que diz respeito, ao papel da espiritualidade e religiosidade na qualidade de vida nos idosos. No futuro deverá ser inserido o conceito de espiritualidade e religiosidade nos critérios de avaliação a idosos, nomeadamente, na área da psicologia e em demais áreas de investigação, pois parece ter bastante influência em várias dimensões das suas vidas.

10. Referências Bibliográficas

- Almeida, L., & Freire, T. (2000). Metodologia de investigação em psicologia e educação. 2ª Edição: Psiquilibrios, Braga.
- Antonovsky, A. (1987). Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ardelt, M. (2007). The importance of Religious Orientation and purpose in life for dying well: Evidence from three case studies. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 19 (4), 61-79.
- Awad G, Voruganti L. (2000). Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. *Schizophrenia bulletin oxford journals*, 26 (3), 557-64
- Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo*. Viseu: Psicossoma.
- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as Foundation of developmental Theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Barros, J. (1998). *Viver a Morte “Abordagem antropológica e psicológica*. Coimbra: Almedina.
- Barros, J. (2005). Motivação intrínseca/extrínseca na vivência religiosa: uma escala revisitada. *Psicologia, Educação e Cultura*, 9 (2), 453-475.
- Barros, J. (2006). Espiritualidade, sabedoria e sentido da vida nos idosos. *Psychologica*, 42, 133-145.
- Barros, J. (2007). Espiritualidade e religião “Tópicos de psicologia positiva. *Psicologia, Educação e Cultura*, 11 (2), 265-287.
- Barros, J. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (4ªed.). Porto: LivPsic.
- Barros, J. (2011). Felicidade, optimismo, esperança e perdão em jovens, adultos e idosos. *Psychologica*, 52, 123-14.
- Beaton, E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *SPINE*, 24, 3186-3191.
- Bierren, J., Schaie. K. (Eds) (2001). *Handbook of theories of aging* (5ª ed.). San Diego: Academic Press.
- Birren, J. (1999). Afterword. *Handbook of theories of aging*. New York: Springer Publishing Company, 459-471.
- Bourgeois, M. (1996). *Le deuil clinique pathologique*. Paris: PUF.

- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss. *Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books, 3.
- Brennan, M., Laditka, S. (2005). Postcards to God: Exploring spiritual expression among disabled older adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 45 (2), 203-222.
- Canavarro, M., Simões, M., Pintassilgo, A. & Ferreira, A. (2006). Estudos Psicométricos da Versão Portuguesa do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. *Psiquiatria Clínica*, 27, (1), 31-40.
- Cardoso P. & Martín, I. (2007). Escala de Depressão Geriátrica. Unpublished manuscript. Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos. Porto, Portugal.
- Carr, A. J., & Higginson, I. J. (2001). Are quality of life measures patient centred? *British Medical Journal*, 322 (7298), 1357-1360.
- Cella, D., Brady, M.J., Petterman, A.H., & Fitchett, G.A. (1999). Case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-oncology*, 8 (5), 417-428.
- Cicirelli, V. (2000). Older adult's ethnicity, fear of death, and end-of-life decisions. *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia: Brunner-Routledge, 175-191.
- Clark, W. (1958). *The psychology of religion*. New York: Macmillan.
- Cole, M.G. & Bellavance, F. (1997). Depression in elderly medical inpatients: a meta-analysis of outcomes. *Clinical and Medical American Journal*, 157, (8), 1055-1060.
- Colon, K. (1996). The healing power of spirituality. *Minnesota Medicine*, 79 (3), 12-18.
- Cunha, E. (2011). Manual de diapositivos, Métodos de Avaliação em Psicologia Clínica e da Saúde.
- Danon-Boileau, H. (2000). *De la vieillesse à la mort (Point de vue d'un usager)*. Paris: Calmann-Lévy.
- Dantas' R., Sawada' N. & Malerbo' M. (2003). Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (4), 1-10.
- Dantas, S. (2008). *Estudo piloto: Adaptação da escala RCOPE para a população portuguesa de Portugal*. Universidade Católica Portuguesa, Braga.

- Elkins, D. N., Hedstrom, L. J., Hughes, L. L., Leaf, J. A., & Saunders, C. (1988). Toward a humanistic-phenomenological spirituality. *Journal of Humanistic Psychology*, 28(4), 15-18.
- Fabricatore, A., Handal, P. (2000). Personal spirituality as a moderator of the relationship between stressors and subjective well-being. *Journal of Psychology and Theology*, 28 (3), 221–228.
- Faria, J., & Seidl, E. (2005). Religiosidade e enfrentamento em Contextos de Saúde e Doença: Revisão da Literatura. *Psicologia: Reflexões e Crítica*, 18 (3), 381-389.
- Fernandes, M. (2005). *Dar Vida aos anos... Envelhecendo. Uma análise sócio – organizacional de um Lar de Idosos*. Braga: Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia.
- Fernández-Ballestenos, R., Zamarrón, M., Rudinger, G., Schroots, J., Hekkinnen, E., Drusini, A., Paul, C., Chanzewska, J., & Rosenmayr, L. (2003). Assessing Competence: the european survey on aging protocol (ESAP). *Gerontology*, 50 (2), 330-347.
- Ferraro KF, Kelley-Moore JA. (2000). Religious consolation among men and women: do health problems spud seeking? *J Scientific Studies Religion*, 39, 220-234.
- Ferreira-Alves, J. (2005). Factores de risco e indicadores de abuso e negligência de idosos. *Polícia e Justiça*, 3, 133-151.
- Ferriss, A.L. (2002). Religion and the quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 3 (3), 199-215.
- Firestone, R. (2000). Microsuicide and the elderly: A basic defense against death anxiety. *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia: Brunner-Routledge, 65-84.
- Fizzotti, E. (1996). *Verso una Psicologia della religion – L. Problemi e protagonisti*. Leumann (Turim): Ed. Elle Di Ci.
- Fleck, M.P.A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Colectiva* 5 (1), 33-38.
- Fleck, M.P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich E., Vieira G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33 (2), 198-205.

- Flick, U., Fischer, C., Neuber, A., Schwartz, F., Walter, U. (2003). Health in the context of growing old: Social representations of health. *Journal of Health Psychology*, 8, 5, 539-556.
- Floriano, P., & Dalgalarrodo, P. (2007). Saúde mental, Qualidade de Vida e Religião em Idosos de um programa de saúde da Família. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*. 56 (3), 162 – 170.
- Fodor, E. & Redai, D. (2009). *Differences between Men and Women in Quality of Life. Deliverable of EU-project Quality*. Utrecht: Utrecht University
- Folstein M., Folstein S., McHugh P. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal Psychiatria Rescher*, 12, 189–98.
- Fonseca, A Nunes, M., Teles, L., Martins, C., Paúl, C. & Castro – Caldas, A. (2009). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida. (IAQdv). Estudo de Avaliação para a População Idosa Portuguesa. *Psicologia*, 50, 387 – 402.
- Fonseca, A. (2005). Aspectos psicológicos da “passagem à reforma” (um estudo qualitativo com reformados portugueses). *Envelhecer em Portugal (Psicologia, saúde e prestação de cuidados)*. Lisboa: Climepsi Editores, 45-73.
- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento uma Abordagem psicológica*. Porto: Editora Universidade Católica.
- Fonseca, A. (s.d). Envelhecimento, Saúde e Bem – Estar Psicológico. Universidade Católica Portuguesa. *Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos – Unifai*, 1 - 14.
- Fonseca, A., Gonçalves, D. & Martin, I. (2009). Changing Attitudes towards Ageing and the Aged amongst Psychology Students. *European Journal of Education*. 44 (3), 455-463.
- Fortner, B., Neimeyer, R., Rybarczyk, B. (2000). Correlates of death anxiety in older adults: A comprehensive review. *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia: Brunner-Routledge, 95-108.
- Frankl, V. (1998). *Senso e valori per l'esistenza (la risposta della logoterapia)* (2ª ed.) Roma: Città Nuova (original inglês de 1969 “The will to meaning”).
- Frankl, V. (1963). *Man's search for meaning*. Boston: Beacon Press.
- Fromm, E. (1950). *Psychoanalysis and religion*. New Haven, CT: Yale University Press.

- Fry, P. S. (2000). Whose quality of life is it anyway? Why not ask seniors to tell us about it? *International Journal of Aging and Human Development*, 50 (4), 361-383.
- Gall, T.L. (2003). Religious and spiritual attributions in older adults' adjustment to illness. *Journal of Psychology and Christianity*, 22(3), 210–222.
- Gall, T.L., Charbonneau, C., Clarke, N.H., Grant, K., Joseph, A., & Shoudice, L. (2005). Understanding the nature and role of spirituality in relation to coping and health: A conceptual framework. *Canadian Psychology*, 46(2), 88–104.
- Gleitman, H., Fridlund, A. & Reisberg, D. (2009). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulberkian.
- Goldstein L., Sommerhalder C. (2002). *Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice*. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanaba/Koogan, 950-55.
- Graham, S., Furr, S., Flowers, C., Burke, M. (2001). *Religion and spirituality in coping with stress*. *Counselling and Values*, 46, 2–13.
- Grof, S. (2000). *Psychology of the future: Lessons from modern consciousness research*. Albany: New York Press.
- Guerreiro, M. (2004). *Avaliação breve do estado mental*. Lisboa. Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Guiteras AF, Bayés R. (1993). *Desarrolllo de un instrumento para la medida de da calidad de vida en enfermedades crónicas*. In: *Forns M, Anguera MT, organizaaadores*. Aportaciones recientes a la evaluación psicologica. Barcelona: Universitat, 175-95.
- Halvorsrud, L., & Kalfoss, M. (2007). The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: A review of empirical studies published during. *European Journal of Ageing*, 4, 229–246.
- Heidegger, M. (1993). *Ser e tempo*. Parte 2. Tradução Márcia de Sá Cavalcanti (7ª ed.) Petrópolis: Vozes.
- Herculano, S. (org.) (2000). *A Qualidade de Vida e Riscos Ambientais*. Niterói: Eduff.
- Higgins, L., & Mansell, J. (2009). Quality of Life in Group Homes and Older Perrson Homes. *British Journal of Learning Disabilities*. (37), 207-212.
- Highfield, M. F. & Cason, C. (1983). Spiritual needs of patients: Are they recognized?

- Hood, R., Spika, B., Hunsberger, B., Gorsuch, R. (1996). *The Psychology of Religion – An empirical approach* (2ª ed.) New York/London: The Guilford Press.
- Hungelmann, J., Kenkel-Rossi, E., Klassen, L., & Stollenwerk, R. M. (1985). Spiritual
- Hunt, S. M. (1997). The problem of quality of life. *Quality of Life Research*, 6, 205-212.
- Inigaray, T., & Trentini, C. (2009). Qualidade de Vida em Idosos: a importância da dimensão subjectiva. *Estudos da Psicologia*. 26 (3), 297-304.
- Inigaray, T., & Trentini, C. (2009). Qualidade de Vida em Idosos: a importância da dimensão subjectiva. *Estudos da Psicologia*. 26 (3), 297-304.
- James, W. (1902/1985). *The varieties of religious experience*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Jung, C. (1933). *Modern man in search of a soul*. New York: Harcourt.
- Kim, Y, Seidlitz, L. (2002). *Spirituality moderates the effect of stress on emotional and physical adjustment*. *Personality and Individual Differences*, 32, 1377–1390.
- Koenig, H., George, L., Siegler, I. (1988). *The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults*. *Gerontologist*, 28, 303–310.
- Koenig, H.G., Cohen, H.J., Blazer, D.G., Kudler, H.S., Krishnan, K.R.R. & Sibert, T.E. (2001). Religious coping and cognitive symptoms of depression in elderly medical patients. *Psychosomatics*. 36 (4), 369-375.
- Kovács, M. J. (2002). *Morte e desenvolvimento humano* (4ª ed.) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lancasten, B., & Palframan, J. (2008). Coping with major life events: the role of spirituality and self – transformation. *Mental Health, Religion & Culture*, 12 (3), 257 – 276.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping processes*. New York. McGraw-Hill.
- Leloup, J., Hennezel, M. (2000). *A Arte de Morrer: Tradições religiosas e espiritualidade humanista perante a morte nos dias de hoje*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Levin JS, Chatters LM. (1998). Religion, health, and psychocological well-being in older adults. Findings from national surveys. *Journal of Aging and Health*, 10 (4). 504-531.
- Lima, M. (2004). Envelhecimento e perdas: Como posso não me perder? *Psychologica*, 35, 133-145.

- Lukoff, D. (2005). *Transpersonal psychology and the journey to spirituality: Spiritual emergence*. Sydney: First Stone Publishing.
- Macedo, J. C. (2011). *Educar para a morte – Uma abordagem a partir de Kubler-Ross*. Coimbra: Almedina.
- Magalhães, M. (2001). *Quem vive só em Portugal*. Lisboa: INE.
- Manéndez, C. (2006). Muerte, duelo y atención psicológica a enfermos terminales ancianos. *Psicología de la Vejez*. Madrid: Alianza Editorial, 311-337.
- Marshall, V., Levy, J. (1990). Aging and dying. *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 3, 245-260. San Diego: Academic Press.
- Matheis, E., Matheis, R. & Tulsy, D. (2006). The relation Between Spirituality and Quality of Life among Individuals with spinal cord Injury. *Rehabilitation Psychology*, 51 (3), 265 – 271.
- Matthews, D. A. (2000). Prayer and spirituality. *Complementary and Alternative Therapies for Rheumatic Diseases II*, 26 (1), 177–187.
- McCoy, S., Pyszcznski, T., Solomon, S., Greenberg, J. (2000). Transcending the self: A terror management perspective on successful aging. *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia: Brunner-Routledge, 33-63.
- McDowel, I., & Newell, C. (1996). Measuring Health: A guide to Rating Scales and
- Moberg, D. (2005). Research in spirituality, religion and aging. *Journal of gerontological social work*, 45 (2), 11-40.
- Molzahn, A., Skenington, S., Kalfoss, M. & Makanoff, K. (2010). The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. *Revisit Quality life*, 19 (2), 293 – 298.
- Monteiro D.M.R. (2004). *Espiritualidade e Envelhecimento*. Tempo de envelhecer: Percursos e Dimensões Psicossociais. Rio de Janeiro: NAU.
- Montepare, J., Lachman, M. (1989). “You’re only as old as you fell”: Self-perceptions of age, fears of aging, and life satisfaction from adolescence to old age. *Psychology and Aging*, 4 (1), 73-78.
- Nazareth, J. M. (1999). Envelhecimento demográfico e relação entre gerações. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3 (2), 239-251.
- Neri AL. (2002). Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papyrus, 09-56.
- Neri, A. L. (2005). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea.

- Neto, F. (2004). *Psicologia social do envelhecimento*. Psicologia social aplicada. Lisboa: Universidade Aberta, 161-202.
- Neto, F., Ferreira, A. (2004). A psicologia social da religião. *Psicologia Social Aplicada*. Lisboa: Universidade Aberta, 267-304.
- Newberg, A., Newberg, S. (2005). The neuropsychology of the Religious and Spiritual experience. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: The Guilford Press, 199-215.
- Oliveira, J. (2012). *Psicologia do Idoso Temas complementares*. 2ª edição, Livpsic.
- Osgood, N. (2000). Ageism and elderly suicide: The intimate connection. *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia: Brunner-Routledge, 157-173.
- Panzini, R., & Bandeira, D. (2005). Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): Elaboração e Validação de Construto. *Psicologia em Estudo*. 10 (3), 507-516.
- Panzini, R., Rocha, N., Bandeira, D. & Fleck, M. (2007). Qualidade de Vida e Espiritualidade. *Revista Psiquiatria Clínica*. 34 (1), 105 – 115.
- Pappas, J. & Friedman, H. (2007). *Toward a conceptual clarification of the terms “religious,” “spiritual,” and “transpersonal” as psychological constructs*. Calgary, Alberta: Temeron Books, 22-54.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G. & Perez, L. M. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 37 (4), 710-724.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2001). Religious struggle as predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Archival of International Medicine*. 13 (27), 1881-1885.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2001). Religious struggle as predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Archival of International Medicine*. 13 (27), 1881-1885.
- Park, C. (2005). Religion and meaning. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: The Guilford Press, 295-314.
- Park, C. L. & Cohen, L. H. (1993). Religious and nonreligious coping with the death of a friend. *Cognitive Therapy and Research*. 17 (1), 561-577.

- Paúl, M. (1997). *Lá para o fim da vida, Idosos, Família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Pearson, J. L.; Brown, G.K. (2000). Suicide prevention in late life: directions of suicide for science and practice. *Clinical and Psychological Review*, 20, (6), 685-705.
- Pellissien, J., & Gineste, Y. (2007). *Humanidade cuidar e compreender a velhice*. Lisboa: Medicina e Saúde.
- Pinazo, S. & Sánchez, M. (2005). *Gerontología: valoración, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Educación.
- Powell, L. H., Shahabi, L., & Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American Psychologist*. 58(1), 36-52.
Questionnaires. New York: Oxford University Press.
- Ramos, F. (2011). *Os Agressores De Pessoas Idosas*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Educação para a Saúde. Universidade do Porto. 4-51.
- Raskind, M.A. (1998). The clinical interface of depression and dementia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, (10), 9-12.
- Ribeiro, J. (2008). *Metodologia de investigação em Psicologia e saúde*. 2ª Edição: Livpsic, psicologia.
- Ribeiro, O., Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa/Porto: Lidel.
- Rijo, D. (2004). Temas críticos do luto patológico: Diagnóstico, modelos e intervenção terapêutica. *Psycologica*, 35, 49-67.
- Robbins, R.A., Simmons, Z., Bremer, B.A., Walsh, S.M. & Fischer, S. (2001). Quality of life in ALS is maintained as physical function declines. *Neurology*. 56 (4), 442-444.
- Rodríguez, A., León – Muñoz, L., Balboa – Castilho, T., Bonegas, J., Rdríguez – Artalejo, F. & Guallar – Castellón, P. (2009). Change in health – related quality of life as a predicton of mortality in older adult. *Revisit Quality life*. 10 (19), 15 - 23.
- Ross, L. (1995). The spiritual dimension: its importance to patients' health, wellbeing and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nurse Studies*. 32 (5), 457-468.
- Roth, D., Perkins, M., Wadley, V., Temple, E. & Halef, W. (2009). Family Caregiving and Emotional strain: associations with quality of life in a large national sample of middle – aged and older adults. *Revisit Quality Life*, 9 (18), 679 – 688.
- Rowe, J., Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Sanders, C. (1988). *Grief. The mourning after*. New York: Wiley-Interscience.

- Santos, S., Santos, I., Fernandes, M., & Henriques, M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10 (6), 757-64.
- Schalock R. & Verdugo Aloriso M.A. (2002) *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC, AAMR.
- Schwartz, A. (2000). *The nature of spiritual transformation: A review of the literature*.
- Seidl, M. E. & Zannon, M. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20 (2), 580-588.
- Seligman, M., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology and Introduction. University of Pennsylvania. *American Psychology*. 55, (1), 5-14.
- Sheikh J., Yesavage J. (1986). Escala de Depressão Geriátrica (GDS): Evidências recentes e o desenvolvimento de uma versão mais curta. *Gerontologia Clínica: Um Guia para Avaliação e Intervenção*. New York: *The Haworth Press*, 165-173.
- Siegel, K., Anderman, S. J. & Schrimshaw, E. W. (2001). Religion and coping with health-related stress. *Psychology and Health*, 16 (6), 631-653.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice (um novo público a estudar)*. Porto: Ambar.
- Simões, M., Sousa, L., Vilar, M & Paredes, T. (2010). *Avaliação da Qualidade de Vida: Uma breve revisão de estudos psicométricos com o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref in M.C. Canavarro e A.V. Serra (Coord.), Qualidade de Vida e Saúde: Uma Abordagem na Perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Colousce Gulbernkian.
- Simpson, J.A., Weiner, E.S. (1989). *The Oxford English Dictionary* (2^a ed.).
- Skevington, S.M. (2002). Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. *Quality of Life research*. 11 (1), 135-144.
- Smith, J., & Baltes, P. B. (2001). *Profiles of psychological functioning predict death in old age*. Unpublished manuscript, Max Planck Institute for Human Development.
- Spiritual Transformation Scientific Research Programme (Metanexus Institute). (2005). Retrieved August, from http://www.metanexus.net/spiritual_transformation/research/literature_review.htm
- Svare, G., & Anngela – Cole, L. (2010). Conceptualizing Quality of life among older adults in Guardianship? Guardians and Elder law attorneys talk about QOL and

- Spirituality. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 29 (3), 237-255.
- Takata, Y., Ansai, T., Soh, I., Awano, S., Yoshitake, Y., Kimura, Y., Sonoki, K., Kagiya, S., Yoshida, A., Nakamichi, I, Hamasaki, T., Torisu, T., Toyoshima, K. & Takehana, T. (2010). Quality of life and physical fitness in an 85-year-old population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50 (3), 272 – 276.
- Thomas LE, Eisenhandler SA. (1994). *A human science perspective on aging and the religious dimension*. Aging and the religious dimension. London: Auburn House.
- Tix, A., Frazier, P. (1998). The use of religious coping during stressful life events: Main effects, moderation, and mediation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (2), 411–422.
- Tomer, A. (2000). *Death attitudes and the older adult: Theories, concepts, and applications*. New York: Brunner-Routledge.
- Tornstam, L. (1994). Gerotranscendence – a theoretical and empirical exploration. *Aging and the religious dimension*. Westport: Greenwood Publishing Group, 203-225.
- Vasconcelos, E. M. (Org). (2006). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Vocan, S., Sousa, P., Mari, J., & Horta, L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de saúde Pública*, 37 (4), 440-445.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening Family Resilience*. The Guilford Press, 11, 25-284.
well-being in older adults: Harmonious interconnectedness. *Journal of Religion*
- WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Scientific society of medicine*, 46 (12), 1569-1585.
- Wildes, K., Miller, A., Majors, S. & Ramirez, A. (2008). The religiosity/spirituality of Latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life, 18 (8), 831-840.
- Wilson, J. (1978). *Religion in American society: The effective presence*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Wink, P. (2006). Who is afraid of death? Religiousness, spirituality, and death anxiety in late adulthood. *Journal of religion, spirituality & Aging*, 18 (3), 93-110.

- Witford, H., Olver, I., Peterson, M. (2007). Spirituality as a care domain in the assessment of quality of life in oncology. *Psycho – Oncology*. 17, 1121-1128.
- Wong, P. (2000). Meaning of life and meaning of death in successful aging. *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia: Brunner-Routledge, 23-35.
- Wong, P., Wong, L. (2006). *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping*. New York: Springer.
- Woods, T.E.; Antoni, M.H.; Ironson, G.H.; Kling, D.W. (1999). Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV-infected gay men. *Journal Psychosom*. 46 (2), 165-176.
- Zebrack, B. J.; Chesler, M. A. (2001). A psychometric analysis of the Quality of Life - Cancer Survivors (QOL-CS) in survivors of childhood cancer. *Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 10 (4) 319-329.

Bibliografia

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ardelt, M. (2007). The importance of Religious Orientation and purpose in life for dying well: Evidence from three case studies. *Journal of Religion, Spirituality & Aging, 19* (4), 61-79.
- Awad G, Voruganti L. (2000). Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. *Schizophrenia bulletin oxford journals, 26* (3), 557-64
- Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo*. Viseu: Psicosoma.
- Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as Foundation of developmental Theory. *American Psychologist, 52*, 366-380.
- Barros, J. (1998). *Viver a Morte “Abordagem antropológica e psicológica*. Coimbra: Almedina.
- Barros, J. (2005). Motivação intrínseca/extrínseca na vivência religiosa: uma escala revisitada. *Psicologia, Educação e Cultura, 9* (2), 453-475.
- Barros, J. (2006). Espiritualidade, sabedoria e sentido da vida nos idosos. *Psychologica, 42*, 133-145.
- Barros, J. (2007). Espiritualidade e religião “Tópicos de psicologia positiva. *Psicologia, Educação e Cultura, 11* (2), 265-287.
- Barros, J. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (4ªed.). Porto: LivPsic.
- Barros, J. (2011). Felicidade, optimismo, esperança e perdão em jovens, adultos e idosos. *Psychologica, 52*, 123-14.
- Bierren, J., Schaie. K. (Eds) (2001). *Handbook of theories of aging* (5ª ed.). San Diego: Academic Press.
- Birren, J. (1999). Afterword. *Handbook of theories of aging*. New York: Springer Publishing Company, 459-471.
- Bourgeois, M. (1996). *Le deuil clinique pathologique*. Paris: PUF.
- Bowlby, J. (1980). Attachment and loss. *Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books, 3.
- Brennan, M., Laditka, S. (2005). Postcards to God: Exploring spiritual expression among disabled older adults. *Journal of Gerontological Social Work, 45* (2), 203-222.

- Canavarro, M., Simões, M., Pintassilgo, A. & Ferreira, A. (2006). Estudos Psicométricos da Versão Portuguesa do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. *Psiquiatria Clínica*, 27, (1), 31-40.
- Cancer Nursing*, 187-192.
- Carr, A. J., & Higginson, I. J. (2001). Are quality of life measures patient centred? *British Medical Journal*, 322 (7298), 1357-1360.
- Cella, D., Brady, M.J., Petterman, A.H., & Fitchett, G.A. (1999). Case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-oncology*, 8 (5), 417-428.
- Cicirelli, V. (2000). Older adult's ethnicity, fear of death, and end-of-life decisions. *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia: Brunner-Routledge, 175-191.
- Clark, W. (1958). *The psychology of religion*. New York: Macmillan.
- Cole, M.G. & Bellavance, F. (1997). Depression in elderly medical inpatients: a meta-analysis of outcomes. *Clinical and Medical American Journal*, 157, (8), 1055-1060.
- Colon, K. (1996). The healing power of spirituality. *Minnesota Medicine*, 79 (3), 12-18.
- Danon-Boileau, H. (2000). *De la vieillesse à la mort (Point de vue d'un usager)*. Paris: Calmann-Lévy.
- Dantas, R., Sawada, N. & Malerbo, M. (2003). Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (4), 1-10.
- Elkins, D. N., Hedstrom, L. J., Hughes, L. L., Leaf, J. A., & Saunders, C. (1988). Toward a humanistic-phenomenological spirituality. *Journal of Humanistic Psychology*, 28(4), 15-18.
- Fabricatore, A., Handal, P. (2000). Personal spirituality as a moderator of the relationship between stressors and subjective well-being. *Journal of Psychology and Theology*, 28 (3), 221-228.
- Faria, J., & Seidl, E. (2005). Religiosidade e enfrentamento em Contextos de Saúde e Doença: Revisão da Literatura. *Psicologia: Reflexões e Crítica*, 18 (3), 381-389.
- Fernandes, M. (2005). *Dar Vida aos anos... Envelhecendo. Uma análise sócio – organizacional de um Lar de Idosos*. Braga: Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia.
- Fernández-Ballestenos, R., Zamarrón, M., Rudinger, G., Schroots, J., Hekkinen, E., Drusini, A., Paul, C., Chanzewska, J., & Rosenmayr, L. (2003). Assessing

- Competence: the european survey on aging protocol (ESAP). *Gerontology*, 50 (2), 330-347.
- Ferraro KF, Kelley-Moore JA. (2000). Religious consolation among men and women: do health problems spud seeking? *J Scientific Studies Religion*, 39, 220-234.
- Ferreira-Alves, J. (2005). Factores de risco e indicadores de abuso e negligência de idosos. *Polícia e Justiça*, 3, 133-151.
- Ferriss, A.L. (2002). Religion and the quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 3 (3), 199-215.
- Firestone, R. (2000). Microsuicide and the elderly: A basic defense against death anxiety. *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia: Brunner-Routledge, 65-84.
- Fizzotti, E. (1996). *Verso una Psicologia della religion – L. Problemi e protagonisti*. Leumann (Turim): Ed. Elle Di Ci.
- Fleck, M.P.A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Colectiva* 5 (1), 33-38.
- Fleck, M.P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich E., Vieira G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33 (2), 198-205.
- Flick, U., Fischer, C., Neuber, A., Schwartz, F., Walter, U. (2003). Health in the context of growing old: Social representations of health. *Journal of Heath Psychology*, 8, 5, 539-556.
- Floriano, P., & Dalgarrondo, P. (2007). Saúde mental, Qualidade de Vida e Religião em Idosos de um programa de saúde da Família. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*. 56 (3), 162 – 170.
- Fodor, E. & Redai, D. (2009). *Differences between Men and Women in Quality of Life. Deliverable of EU-project Quality*. Utrecht: Utrecht University
- Fonseca, A Nunes, M., Teles, L., Martins, C., Paúl, C. & Castro – Caldas, A. (2009). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida. (IAQdv). Estudo de Avaliação para a População Idosa Portuguesa. *Psicologia*, 50, 387 – 402.
- Fonseca, A. (2005). Aspectos psicológicos da “passagem à reforma” (um estudo qualitativo com reformados portugueses). *Envelhecer em Portugal (Psicologia, saúde e prestação de cuidados)*. Lisboa: Climepsi Editores, 45-73.

- Fonseca, A. (2006). *O Envelhecimento uma Abordagem psicológica*. Porto: Editora Universidade Católica.
- Fonseca, A. (s.d). Envelhecimento, Saúde e Bem – Estar Psicológico. Universidade Católica Portuguesa. *Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos – Unifai*, 1 - 14.
- Fonseca, A., Gonçalves, D. & Martin, I. (2009). Changing Attitudes towards Ageing and the Aged amongst Psychology Students. *European Journal of Education*. 44 (3), 455-463.
- Fortner, B., Neimeyer, R., Rybarczyk, B. (2000). Correlates of death anxiety in older adults: A comprehensive review. *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia: Brunner-Routledge, 95-108.
- Frankl, V. (1998). *Senso e valori per l'esistenza (la risposta della logoterapia)* (2ª ed.) Roma: Città Nuova (original inglês de 1969 “The will to meaning”).
- Frankl, V. (1963). *Man's search for meaning*. Boston: Beacon Press.
- Fromm, E. (1950). *Psychoanalysis and religion*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Fry, P. S. (2000). Whose quality of life is it anyway? Why not ask seniors to tell us about it? *International Journal of Aging and Human Development*, 50 (4), 361-383.
- Gall, T.L. (2003). Religious and spiritual attributions in older adults' adjustment to illness. *Journal of Psychology and Christianity*, 22(3), 210–222.
- Gall, T.L., Charbonneau, C., Clarke, N.H., Grant, K., Joseph, A., & Shoudice, L. (2005). Understanding the nature and role of spirituality in relation to coping and health: A conceptual framework. *Canadian Psychology*, 46(2), 88–104.
- Gleitman, H., Fridlund, A. & Reisberg, D. (2009). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulberkian.
- Goldstein L., Sommerhalder C. (2002). *Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice*. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanaba/Koogan, 950-55.
- Graham, S., Furr, S., Flowers, C., Burke, M. (2001). *Religion and spirituality in coping with stress*. *Counselling and Values*, 46, 2–13.
- Grof, S. (2000). *Psychology of the future: Lessons from modern consciousness research*. Albany: New York Press.

- Guiteras AF, Bayés R. (1993). *Desarrolllo de un instrumento para la medida de da calidad de vida en enfermedades crónicas*. In: Forns M, Anguera MT, organizaadores. Aportaciones recientes a la evaluación psicologica. Barcelona: Universitas, 175-95.
- Halvorsrud, L., & Kalfoss, M. (2007). The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: A review of empirical studies published during. *European Journal of Ageing*, 4, 229–246.
- Heidegger, M. (1993). *Ser e tempo*. Parte 2. Tradução Márcia de Sá Cavalcanti (7ª ed.) Petrópolis: Vozes.
- Herculano, S. (org.) (2000). *A Qualidade de Vida e Riscos Ambientais*. Niterói: Eduff.
- Higgins, L., & Mansell, J. (2009). Quality of Life in Group Homes and Older Perrson Homes. *British Journal of Learning Disabilities*. (37), 207-212.
- Highfield, M. F. & Cason, C. (1983). Spiritual needs of patients: Are they recognized?
- Hood, R., Spika, B., Hunsberger, B., Gorsuch, R. (1996). *The Psychology of Religion – An empirical approach* (2ª ed.) New York/London: The Guilford Press.
- Hungelmann, J., Kenkel-Rossi, E., Klassen, L., & Stollenwerk, R. M. (1985). Spiritual
- Hunt, S. M. (1997). The problem of quality of life. *Quality of Life Research*, 6, 205-212.
- Inigaray, T., & Trentini, C. (2009). Qualidade de Vida em Idosos: a importância da dimensão subjetiva. *Estudos da Psicologia*. 26 (3), 297-304.
- James, W. (1902/1985). *The varieties of religious experience*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Jung, C. (1933). *Modern man in search of a soul*. New York: Harcourt.
- Kim, Y, Seidlitz, L. (2002). *Spirituality moderates the effect of stress on emotional and physical adjustment*. *Personality and Individual Differences*, 32, 1377–1390.
- Koenig, H., George, L., Siegler, I. (1988). *The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults*. *Gerontologist*, 28, 303–310.
- Koenig, H., George, L., Siegler, I. (1988). The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. *The Gerontologist*, 28, 303-310.
- Koenig, H.G., Cohen, H.J., Blazer, D.G., Kudler, H.S., Krishnan, K.R.R. & Sibert, T.E. (2001). Religious coping and cognitive symptoms of depression in elderly medical patients. *Psychosomatics*. 36 (4), 369-375.
- Kovács, M. J. (2002). *Morte e desenvolvimento humano* (4ª ed.) São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Lancaster, B., & Palframan, J. (2008). Coping with major life events: the role of spirituality and self – transformation. *Mental Health, Religion & Culture*, 12 (3), 257 – 276.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping processes*. New York: McGraw-Hill.
- Leloup, J., Hennezel, M. (2000). *A Arte de Morrer: Tradições religiosas e espiritualidade humanista perante a morte nos dias de hoje*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Levin JS, Chatters LM. (1998). Religion, health, and psychocological well-being in older adults. Findings from national surveys. *Journal of Aging and Health*, 10 (4), 504-531.
- Lima, M. (2004). Envelhecimento e perdas: Como posso não me perder? *Psychologica*, 35, 133-145.
- Lukoff, D. (2005). *Transpersonal psychology and the journey to spirituality: Spiritual emergence*. Sydney: First Stone Publishing.
- Macedo, J. C. (2011). *Educar para a morte – Uma abordagem a partir de Kubler-Ross*. Coimbra: Almedina.
- Magalhães, M. (2001). *Quem vive só em Portugal*. Lisboa: INE.
- Manéndez, C. (2006). Muerte, duelo y atención psicológica a enfermos terminales ancianos. *Psicología de la Vejez*. Madrid: Alianza Editorial, 311-337.
- Marshall, V., Levy, J. (1990). Aging and dying. *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 3, 245-260. San Diego: Academic Press.
- Matheis, E., Matheis, R. & Tulskey, D. (2006). The relation Between Spirituality and Quality of Life among Individuals with spinal cord Injury. *Rehabilitation Psychology*, 51 (3), 265 – 271.
- Matthews, D. A. (2000). Prayer and spirituality. *Complementary and Alternative Therapies for Rheumatic Diseases II*, 26 (1), 177–187.
- McCoy, S., Pyszcznski, T., Solomon, S., Greenberg, J. (2000). Transcending the self: A terror management perspective on successful aging. *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia: Brunner-Routledge, 33-63.
- Moberg, D. (2005). Research in spirituality, religion and aging. *Journal of gerontological social work*, 45 (2), 11-40.

- Molzahn, A., Skenington, S., Kalfoss, M. & Makanoff, K. (2010). The importance of facets of quality of life to older adults: an international investigation. *Revisit Quality life*, 19 (2), 293 – 298.
- Monteiro D.M.R. (2004). *Espiritualidade e Envelhecimento*. Tempo de envelhecer: Percursos e Dimensões Psicossociais. Rio de Janeiro: NAU.
- Montepare, J., Lachman, M. (1989). “You’re only as old as you fell”: Self-perceptions of age, fears of aging, and life satisfaction from adolescence to old age. *Psychology and Aging*, 4 (1), 73-78.
- Nazareth, J. M. (1999). Envelhecimento demográfico e relação entre gerações. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3 (2), 239-251.
- Neri AL. (2002). Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papirus, 09-56.
- Neri, A. L. (2005). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea.
- Neto, F. (2004). *Psicologia social do envelhecimento*. Psicologia social aplicada. Lisboa: Universidade Aberta, 161-202.
- Neto, F., Ferreira, A. (2004). A psicologia social da religião. *Psicologia Social Aplicada*. Lisboa: Universidade Aberta, 267-304.
- Newberg, A., Newberg, S. (2005). The neuropsychology of the Religious and Spiritual experience. *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: The Guilford Press, 199-215.
- Oliveira, J. (2012). *Psicologia do Idoso Temas complementares*. 2ª edição, Livpsic.
- Osgood, N. (2000). Ageism and elderly suicide: The intimate connection. *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia: Brunner-Routledge, 157-173.
- Panzini, R., & Bandeira, D. (2005). Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): Elaboração e Validação de Construto. *Psicologia em Estudo*. 10 (3), 507-516.
- Panzini, R., Rocha, N., Bandeira, D. & Fleck, M. (2007). Qualidade de Vida e Espiritualidade. *Revista Psiquiatria Clínica*. 34 (1), 105 – 115.
- Pappas, J. & Friedman, H. (2007). *Toward a conceptual clarification of the terms “religious,” “spiritual,” and “transpersonal” as psychological constructs*. Calgary, Alberta: Temeron Books, 22-54.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.

- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G. & Perez, L. M. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 37 (4), 710-724.
- Pargament, K., Smith, B.W., Koenig, H.G., Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37 (4), 710–724.
- Pargament, K.I., Koenig, H.G., Tarakeshwar, N. & Hahn, J. (2001). Religious struggle as predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Archival of International Medicine*. 13 (27), 1881-1885.
- Park, C. (2005). Religion and meaning. Handbook of the psychology of religion and spirituality. New York: The Guilford Press, 295-314.
- Park, C. L. & Cohen, L. H. (1993). Religious and nonreligious coping with the death of a friend. *Cognitive Therapy and Research*. 17 (1), 561-577.
- Paúl, M. (1997). *Lá para o fim da vida, Idosos, Família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Pearson, J. L.; Brown, G.K. (2000). Suicide prevention in late life: directions of suicide for science and practice. *Clinical and Psychological Review*, 20, (6), 685-705.
- Pellissien, J., & Gineste, Y. (2007). *Humanidade cuidar e compreender a velhice*. Lisboa: Medicina e Saúde.
- Pinazo, S. & Sánchez, M. (2005). *Gerontología: valoración, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Educación.
- Powell, L. H., Shahabi, L., & Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American Psychologist*. 58(1), 36-52.
- Raskind, M.A. (1998). The clinical interface of depression and dementia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, (10), 9-12.
- Ribeiro, O., Paúl, C. (2011). Manual de envelhecimento activo. Lisboa/Porto: Lidel.
- Rijo, D. (2004). Temas críticos do luto patológico: Diagnóstico, modelos e intervenção terapêutica. *Psycologica*, 35, 49-67.
- Robbins, R.A., Simmons, Z., Bremer, B.A., Walsh, S.M. & Fischer, S. (2001). Quality of life in ALS is maintained as physical function declines. *Neurology*. 56 (4), 442-444.
- Rodríguez, A., León – Muñoz, L., Balboa – Castilho, T., Bonegas, J., Rdríguez – Artalejo, F. & Guallar – Castillón, P. (2009). Change in health – related quality of life as a predicton of mortality in older adult. *Revisit Quality life*. 10 (19), 15 - 23.

- Ross, L. (1995). The spiritual dimension: its importance to patients' health, wellbeing and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nurse Studies*, 32 (5), 457-468.
- Roth, D., Perkins, M., Wadley, V., Temple, E. & Halef, W. (2009). Family Caregiving and Emotional strain: associations with quality of life in a large national sample of middle – aged and older adults. *Revisit Quality Life*, 9 (18), 679 – 688.
- Rowe, J., Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Sanders, C. (1988). *Grief. The mourning after*. New York: Wiley-Interscience.
- Santos, S., Santos, I., Fernandes, M., & Henriques, M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10 (6), 757-64.
- Schalock R. & Verdugo Aloriso M.A. (2002) *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC, AAMR.
- Schwartz, A. (2000). *The nature of spiritual transformation: A review of the literature*.
- Seidl, M. E. & Zannon, M. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20 (2), 580-588.
- Seligman, M., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology and Introduction. University of Pennsylvania. *American Psychology*, 55, (1), 5-14.
- Siegel, K., Anderman, S. J. & Schrimshaw, E. W. (2001). Religion and coping with health-related stress. *Psychology and Health*, 16 (6), 631-653.
- Siegel, K., Anderman, S.J., Schrimshaw, E. (2001). Religion and coping with health related stress. *Psychology and Health*, 16, 631–653.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice (um novo público a estudar)*. Porto: Ambar.
- Simões, M., Sousa, L., Vilar, M & Paredes, T. (2010). *Avaliação da Qualidade de Vida: Uma breve revisão de estudos psicométricos com o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref in M.C. Canavarro e A.V. Serra (Coord.), Qualidade de Vida e Saúde: Uma Abordagem na Perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Colousce Gulbernkian.
- Simpson, J.A., Weiner, E.S. (1989). *The Oxford English Dictionary* (2^a ed.).
- Skevington, S.M. (2002). Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. *Quality of Life research*, 11 (1), 135-144.
- Smith, J., & Baltes, P. B. (2001). *Profiles of psychological functioning predict death in old age*. Unpublished manuscript, Max Planck Institute for Human Development.

- Spiritual Transformation Scientific Research Programme (Metanexus Institute). (2005).
 SRetrieved August, from
http://www.metanexus.net/spiritual_transformation/research/literature_review.htm
- Svare, G., & Anngela – Cole, L. (2010). Conceptualizing Quality of life among older adults in Guardianship? Guardians and Elder law attorneys talk about QOL and Spirituality. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 29 (3), 237-255.
- Takata, Y., Ansai, T., Soh, I., Awano, S., Yoshitake, Y., Kimura, Y., Sonoki, K., Kagiya, S., Yoshida, A., Nakamichi, I, Hamasaki, T., Torisu, T., Toyoshima, K. & Takehana, T. (2010). Quality of life and physical fitness in an 85-year-old population. *Asrchives of Gerontology and Geriatrics*, 50 (3), 272 – 276.
- Thomas LE, Eisenhandler SA. (1994). *A human science perspective on aging and the religious dimension*. Aging and the religious dimension. London: Auburn House.
- Tix, A., Frazier, P. (1998). The use of religious coping during stressful life events: Main effects, moderation, and mediation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (2), 411–422.
- Tomer, A. (2000). *Death attitudes and the older adult: Theories, concepts, and applications*. New York: Brunner-Routledge.
- Tornstam, L. (1994). Gerotranscendence – a theoretical and empirical exploration. *Aging and the religious dimension*. Westport: Greenwood Publishing Group, 203-225.
- Vasconcelos, E. M. (Org). (2006). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Vocan, S., Sousa, P., Mari, J., & Horta, L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de saúde Pública*, 37 (4), 440-445.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening Family Resilience*. The Guilford Press, 11, 25-284.
 well-being in older adults: Harmonious interconnectedness. *Journal of Religion*
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46, 1569-1585.
- WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Scientific society of medicine*, 46 (12), 1569-1585.

- Wildes, K., Miller, A., Majors, S. & Ramirez, A. (2008). The religiosity/spirituality of Latina breast cancer survivors and influence on health-related quality of life, *18* (8), 831-840.
- Wilson, J. (1978). *Religion in American society: The effective presence*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Wink, P. (2006). Who is afraid of death? Religiousness, spirituality, and death anxiety in late adulthood. *Journal of religion, spirituality & Aging, 18* (3), 93-110.
- Witford, H., Olver, I., Peterson, M. (2007). Spirituality as a care domain in the assessment of quality of life in oncology. *Psycho – Oncology, 17*, 1121-1128.
- Wong, P. (2000). Meaning of life and meaning of death in successful aging. *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia: Brunner-Routledge, 23-35.
- Wong, P., Wong, L. (2006). *Handbook of multicultural perspectives on stress and coping*. New York: Springer.
- Woods, T.E.; Antoni, M.H.; Ironson, G.H.; Kling, D.W. (1999). Religiosity is associated with affective and immune status in symptomatic HIV-infected gay men. *Journal Psychosom. 46* (2), 165-176.
- Zebrack, B. J.; Chesler, M. A. (2001). A psychometric analysis of the Quality of Life - Cancer Survivors (QOL-CS) in survivors of childhood cancer. *Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation, 10* (4) 319-329.

Anexo I

(Escala RCOPE Aferida e Adaptada à população Portuguesa de Portugal)

Escala de Coping Religioso (RCOPE)

Pargament, K. I., Koenig, H. G., Perez, L. M. (2000)

Traduzido e adaptado por Dantas, S. e Justo, J. M. R. M. (2009)

Os itens seguintes dizem respeito às formas como lidou com os acontecimentos negativos da sua vida. Existem muitas formas para tentar lidar com problemas. Estes itens perguntam o que fez para lidar com este acontecimento de vida negativo. Obviamente, pessoas diferentes lidam com as coisas de maneiras diferentes, mas nós estamos interessados em perceber como você tentou lidar com eles. Cada item diz alguma coisa sobre uma determinada forma de lidar com os problemas. Queremos saber até que ponto você fez aquilo que o item diz. *Quantas vezes ou com que frequência*. Não responda em função daquilo que resultou ou não, mas sim se você fez ou não fez. Utilize as alternativas de resposta que se seguem. Tente responder a cada item separadamente. Faça com que as suas respostas sejam tão verdadeiras PARA SI quanto possível. Faça um círculo na resposta que melhor se aplica a si.

0 – De maneira nenhuma

1 – Um pouco

2 – Bastante

3 – Imenso

- | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|
| 1. | Tentei lidar sozinho com a situação sem a ajuda de Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Perguntei-me se Deus me estava a castigar por causa da minha falta de fé. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | Não tentei fazer nada; apenas esperei que Deus assumisse o controlo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Sabia que não conseguia lidar com a situação, por isso apenas esperei que Deus lidasse com ela por mim. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Vi a minha situação como parte do plano de Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Cheguei à conclusão que Deus me estava a castigar pelos meus pecados. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Questionei o poder de Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. | Rezei para esquecer os meus problemas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. | Tentei esquecer os meus problemas concentrando-me em Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. | Tentei lidar com os meus sentimentos sem a ajuda de Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. | Fiz o meu melhor e depois entreguei a situação nas mãos de Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 |

- | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|
| 12. | Acreditei que o diabo era responsável pela minha situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. | Senti-me castigado por Deus devido à minha falta de devoção. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. | Tentei que a situação fizesse sentido através de Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. | Entreguei a situação a Deus depois de fazer tudo o que podia. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. | Não tentei fazer nada; apenas assumi que Deus ia lidar com a situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. | Fiz o que pude e coloquei o resto nas mãos de Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. | Senti que a situação era obra do diabo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. | Fui à igreja para parar de pensar na situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. | Perguntei-me se Deus permitiu que isto me acontecesse a mim por causa dos meus pecados. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. | Tomei decisões acerca do que devia fazer sem a ajuda de Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. | Aguntei-me com as minhas próprias forças, sem o apoio de Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. | Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. | Não fiz muito; apenas esperei que Deus resolvesse o meu problema por mim. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. | Tentei perceber como a situação poderia ser benéfica espiritualmente. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. | Senti que o diabo estava a tentar afastar-me de Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. | Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus acabasse com as minhas preocupações. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. | Pensei em assuntos espirituais, para deixar de pensar nos meus problemas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. | Percebi que Deus não pode atender a todas as minhas preces. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. | Regateei com Deus para melhorar a situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. | Tentei dar significado à situação sem depender de Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. | Concentrei-me na religião para não me preocupar com os meus problemas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. | Concluí que foi o diabo que fez isto acontecer. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. | Pensei que esta situação me podia aproximar mais de Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. | Tentei encontrar uma lição de Deus nesta situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. | Pensei que algumas coisas estão para além do controlo de Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. | Assumi o controlo daquilo que podia fazer e deixei o resto para Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. | Tentei ver como Deus poderia estar a fortalecer-me com esta situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. | Perguntei-me o que é que eu fiz para Deus me estar a castigar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. | Perguntei-me se o diabo tinha alguma coisa a ver com esta situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |

- | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|
| 41. | Questionei-me se Deus me tinha abandonado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42. | Tentei envolver-me com outras pessoas da minha fé. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43. | Confessei os meus pecados. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44. | Senti que a minha igreja parecia estar a rejeitar-me ou a ignorar-me. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 45. | Ofereci apoio espiritual à família ou aos amigos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 46. | Senti-me zangado por Deus não ter lá estado para me ajudar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47. | Rezei por uma transformação completa da minha vida. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 48. | Rezei para descobrir o objectivo da minha vida. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 49. | Tentei ser menos pecador. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 50. | Pedi ao padre para se lembrar de mim nas suas orações. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 51. | Pedi a outros para rezarem por mim. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 52. | Pedi perdão pelos meus pecados. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 53. | Tentei mudar toda a minha forma de vida e seguir um novo caminho – o caminho de Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 54. | Tentei dar força espiritual a outras pessoas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 55. | Perguntei-me se a minha igreja me tinha abandonado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 56. | Questionei o amor de Deus por mim. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 57. | Procurei o perdão de Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 58. | Procurei ter uma ligação espiritual mais forte com outras pessoas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 59. | Tentei oferecer conforto espiritual a outras pessoas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 60. | Pedi a Deus para me ajudar a encontrar um novo sentido para a vida. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 61. | Rezei para encontrar uma razão para viver. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 62. | Procurei amor e consideração nos membros da minha igreja. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 63. | Pergunto-me se Deus realmente se importa com alguma coisa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 64. | Tentei criar uma relação forte com uma força superior. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 65. | Pedi a Deus para me ajudar a ser menos pecador. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 66. | Expressei a minha raiva por Deus não responder às minhas preces. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 67. | Procurei o apoio espiritual do padre. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 68. | Procurei em Deus um novo sentido na vida. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 69. | Procurei novos sentidos na vida através de Deus. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 70. | Procurei apoio nos membros da minha igreja. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Por favor confirme se respondeu a todas as questões!

Obrigado pela sua colaboração!

Anexo II

(Questionário Sociodemográfico)

Questionário Sociodemográfico

CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS

As perguntas que se seguem referem-se aos seus dados sócio-demográfico:

1. **Idade:** _____

2. **Sexo:** Feminino Masculino

3. **Qual o seu estado civil?**

Solteiro(a)

Casado(a) /União de facto

Divorciado(a)/Separado(a)

Viúvo(a)

4. **Com quem vive?** _____

5. **Qual o número total de pessoas que vivem no seu alojamento, incluindo o ajudante familiar e o entrevistado** _____

Qual o grau de ensino mais elevado que possui?

Não sabe ler nem escrever

Sabe ler ou escrever, sem qualquer grau

Não completou o ensino básico

Ensino Básico (1.o ciclo)

Ensino Básico (2.o Ciclo)

Ensino Básico (3.o Ciclo)

Ensino secundário (10o e 11o ano)

12º ano

Bacharelato

Licenciatura

Outro

Especifique _____

6. **Qual e/foi a sua profissão principal?** _____

7. **Continua a trabalhar (trabalho remunerado)** _____

8. **Se é reformado com que idade se reformou** _____

10. **Quantas horas, despende por semana em atividades domésticas e trabalhos não remunerados** (tarefas domésticas como cozinhar, limpar a casa; tratar dos netos, jardinagem, bricolage, etc.) aproximadamente?

_____ Horas por semana

11. Atualmente, qual é a sua principal fonte de rendimento?

12. Onde vive?

Casa Própria

Apartamento próprio

Casa Arrendada

Apartamento arrendado

Casa de familiares

Outra

Especifique _____

SUPORTE SOCIAL (Sim ou Não)

Existe uma pessoa especial que esta por perto quando precisa _____

Existe uma pessoa especial com quem pode partilhar as suas alegrias e tristezas _____

A sua família tenta ajuda-lo/a verdadeiramente _____

Tem a ajuda emocional que precisa da sua família _____

Tem uma pessoa especial que é uma fonte de conforto para si _____

Os seus amigos tentam ajuda-lo/la verdadeiramente _____

Pode contar com os seus amigos quando as coisas correm mal _____

Pode falar dos seus problemas com a sua família _____

Tem amigos com quem pode partilhar as suas alegrias e tristezas _____

Existe uma pessoa na sua vida que se preocupa com os seus sentimentos _____

A sua família está disposta a ajuda-lo/la a tomar decisões _____

Pode falar sobre os seus problemas com os seus amigos _____

UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

20. No último ano procurou ou utilizou algum serviço de saúde? Sim Não

21. Qual(ais) utiliza? _____

22. Com que frequência _____

23. Tem alguma doença que necessite de cuidados médicos regulares? Sim Não

24. Se sim qual(ais)? _____

25. Faz alguma medicação? _____

26. Se sim, para que efeito(s)? _____

27. Com que frequência a(s) faz? _____

28. Quem o ajuda na toma da medicação? _____
29. No último ano deixou de comprar algum medicamento mesmo com receita médica?
Se sim, porque motivo o fez?
-

DIMENSÃO RELIGIOSA

30. Para si o que é Deus? _____
31. Acredita em Deus (Poder, espírito, inteligência ou força superior, etc.) (sim ou não) _____
32. **Quão importante tem sido a religião/espiritualidade para lidar com fatores de stress na sua vida?** 1 () Não é importante 2 () um pouco importante 3 () Relativamente importante 4 () Importante 5 () Muito importante.
33. **Em que medida a religião/espiritualidade lhe tem ajudado a enfrentar as situações mais difíceis da vida?** 1 () Não tem ajudado 2 () Tem ajudado pouco 3 () Tem ajudado mais ou menos 4 () Tem ajudado 5 () Tem ajudado muito.
34. **Tenho crescido espiritualmente?** 1 () Não tenho crescido 2 () Tenho crescido um pouco 3 () Tenho crescido mais ou menos 4 () Tenho crescido 5 () Tenho crescido muito.
35. **Tenho crescido junto de Deus?** 1 () Não tenho crescido 2 () Tenho crescido pouco 3 () Tenho crescido mais ou menos 4 () Tenho crescido 5 () Tenho crescido muito.
36. **Tenho crescido junto da minha instituição religiosa?**
1 () Não tenho crescido 2 () Tenho crescido pouco 3 () Tenho crescido mais ou menos 4 () Tenho crescido 5 () Tenho crescido muito.

Obrigado pela participação

Anexo III

(Escala Geriátrica de Depressão)

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA - GDS

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

Avaliação:

0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.
1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.
Total > 5 = suspeita de depressão

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiat Res 1983;17:37-49.

Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 1999, 57(2)-B:421-426.

Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátria em um ambulatório geral. Revista de Saúde Pública, 2005, 39(6):918-923.

Tabela para apresentação dos resultados do GDS

DATA	RESPOSTA SIM	RESPOSTA NÃO	PONTUAÇÃO TOTAL	CLASSIFICAÇÃO

Anexo IV

(Mini Mental State MMSE)

MINI MENTAL STATE - MMS

Marque X na 3ª coluna por cada resposta correcta; faça os totais parciais para obter o score final!

DOENTE: Nº: IDADE: anos DATA: / / TESTE nº

Orientação - Pergunte ao doente

1	Em que dia da semana estamos		
2	Qual a data de hoje		
3	Em que mês estamos		
4	Em que estação estamos		
5	Em que ano estamos		
6	Onde estamos		SUBTOTAL
7	Em que andar		
8	Em que cidade		
9	Em que província		
10	Em que país		SUBTOTAL

Memorização - Repita as 3 palavras seguintes - Ex: limão, chave, bola

11			
12			
13			SUBTOTAL

Atenção e cálculo - Ex: subtrair 7 de 100, sucessivamente até 3 respostas

14			
15			
16			
17			
18			SUBTOTAL

27 - 3 → RESPAS

Repetições / Memória de evocação - Repita as 3 palavras anteriores

19			
20			
21			SUBTOTAL

Linguagem - Aponte 2 objectos e pergunte "o que é isto?" - Ex: lápis, relógio

Repita uma frase - Ex: nem mais, nem menos - NEM MAS, NEM NEM MAS

22			
23			
24			SUBTOTAL

Executar 3 ordens sucessivas

25	Pegue esta folha com a mão direita		
26	Dobre a folha ao meio		
27	Ponha a folha no chão		SUBTOTAL

Executar a ordem escrita no papel!

28	Fechre os olhos		
29	Escrever uma frase à escolha do doente: copiar o desenho		
30			SUBTOTAL
			SCORE -

DESENHO

CÓPIA



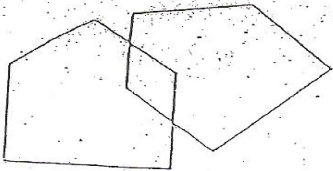
"Clock Draw Test"

Peça ao doente que desenhe um relógio indicando uma determinada hora, por exemplo, 11h.

6. HABILIDADE CONSTRUTIVA (1 ponto pela copia correta)

Deve copiar o desenho. Dois pontos são parcialmente scoreados: se da um desenho com 5 lados, três dos quais iguais em tamanho, não alcançar tremor de rotação.

DESENHO



CÓPIA

FECHE OS OLHOS

Anexo V

(Questionário de Qualidade de Vida)

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Anexo VI

(Pedidos a Instituições para recolha da Amostra)

Carta dirigida á comissão de Ética da Instituição.

Pedido de autorização.

Exma. Diretora Dr.^a Graça Raposo

O meu nome é Bárbara Fernanda Vaz Lima, aluna do segundo ano de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Católica Portuguesa, em Braga. Assim, venho por este meio solicitar a autorização para a recolha da amostra do Projeto de Investigação, intitulado “*A Espiritualidade, Religiosidade e a Qualidade de Vida dos Idosos*”.

O presente documento tem como principal objetivo obter autorização para uma recolha de dados no centro de dia de São Torcato, Guimarães. A população alvo deve ter 65 anos ou mais e tem como critério de exclusão a doença física e psicológica associada.

De modo a explicar de forma resumida a importância deste estudo podemos mencionar que a espiritualidade possui uma dimensão central na vida da maioria da população envelhecida (Ferraro & Kelley-Moore, 2000, cit in Floriano & Dalgalarrodo, 2007). A importância deste fator espiritual relaciona-se fortemente com o aparecimento, manutenção e atenuação das consequências a nível físico e mental, provocadas pelo envelhecimento (Levin & Chatters, 1998 cit in Floriano & Dalgalarrodo, 2007).

O aumento da espiritualidade está de acordo com o aumento da idade e desempenha a função de suporte emocional, que, conseqüentemente apresenta repercussões na dimensão da saúde física e mental (Monterio, 2004 cit in Floriano & Dalgalarrodo, 2007). A prática de crenças religiosas contribui positivamente para o bem-estar na idade idosa, (Goldstei & Sommenhalder, 2002, Thomas & Eisenhandler, 1994, cit in Floriano & Dalgalarrodo, 2007) principalmente devido aos apoios sociais e consoante o modo de lidar com os fatores de vida stressantes. Desta forma, é evidente uma melhoria na qualidade de vida da população que ocupa esta faixa etária (Koenig et al. 1998).

A primeira fase de recolha de dados será realizada através do questionário sociodemográfico, devidamente ajustado à população que será alvo de investigação. O questionário que irá ser utilizado é um questionário adaptado de acordo com os objetivos do estudo presente. O questionário tem como objetivo avaliar as condições de vida, idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, situação financeira, rendimentos,

com quem coabita, parentesco, saúde física, relações sociais dos indivíduos nesta faixa etária e religião a que pertencem.

O instrumento WHOQOL-Bref é um instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHOQOL-BREF, 1998). Destina-se à avaliação da qualidade de vida tal como foi definida pela OMS, contempla, saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais. O instrumento é composto por 26 itens, organizado em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Cada um dos domínios é constituído por um conjunto de facetas e cada faceta é avaliada através de uma pergunta. Permite avaliar a qualidade de vida de indivíduos adultos, pode ser utilizado em doentes e em pessoas da população em geral, a sua aplicação pode ser por auto-preenchimento ou entrevista e exige que o indivíduo tenha capacidade para compreender as perguntas. Este instrumento foi construído com base nos dados recolhidos em 20 centros de avaliação da qualidade de vida da OMS, os valores aceitáveis de consistência interna: .82 no domínio físico; .81 no domínio psicológico; .80 ambiente e .68 no domínio relações (Skennington, 2004). O instrumento revelou um alfa de Cronbach total dos domínios de .79. As correlações entre os quatro domínios são estatisticamente significativas, todos os domínios apresentam correlações elevadas com faceta de qualidade de vida em geral. Os procedimentos de aplicação e cotação deste questionário é manual ou mediante o recurso a uma sintaxe para o programa SPS, cada pergunta é cotada de 1 a 5 e três itens devem ser invertidos (Q3, Q4, Q26).

O *Mini Mental State* também será um instrumento a aplicar. Trata-se de um instrumento que avalia o estado mental e permite identificar o défice cognitivo em sete questões. A simplicidade deste instrumento permite que este possa ser utilizado de forma séria e rotineira. Contudo, o facto de ser “mini” exclui questões relacionadas com o humor, experiências mentais anormais e o modo de pensar, para se concentrar nos aspetos cognitivos das funções mentais. A aplicação deste instrumento não exclui, porém, uma avaliação clínica completa. No entanto, revela ser um instrumento capaz de objetivar o défice cognitivo (Folstein, Folstein & McHugh, 1975).

A escala geriátrica de depressão (EGD) também será um instrumento a ser utilizado. Esta escala é um instrumento utilizado para fazer o despiste de sintomas depressivos em pessoas idosas. Constituída inicialmente por 30 itens, os autores propuseram posteriormente uma versão breve da escala, com 15 itens, para diminuir as probabilidades de quebra da atenção por parte dos idosos (McDowell & Newell, 1996).

A resposta aos 15 itens desta escala devem referir-se sobre como o indivíduo se tem sentido nas últimas 2 semanas. Se a soma das pontuações for 0 a 4 indica ausência de depressão, 5 a 8 depressão ligeira, 9 a 11 depressão moderada e de 12 a 15 depressão severa (Cardoso & Martín, 2007). Esta escala é a única criada especificamente para a população idosa e compreende questões sobre sentimentos e comportamentos, que decorreram na última semana. As respostas são dicotómicas (sim/não). A GDS tem boas medidas de consistência interna (alfa= 0,94) e confiabilidade (0,94), de igual modo sugere estabilidade no re-teste de 8 dias ($r= 0,85$). Apresenta uma boa validade em relação com outras escalas de depressão: com a Escala de Depressão ($r= 0,83$), Avaliação do Self de Zung ($r= 0,83$) e com a Escala de Avaliação Hamilton para a Depressão ($r= 0,84$).

O último instrumento a aplicar é a escala RCOPE (Caver et al., 1989 cit in Koenig et al., 2001). Trata-se de uma escala desenhada para ser teórica e empiricamente ajustada, funcionalmente orientada, compreensiva, clinicamente válida e significativa, aberta aos aspetos positivos e negativos da religião (Koenig et al., 2001). A escala RCOPE (Pargament *et al.*, 2001) é composta de itens de *coping* religioso e *coping* espiritual, que, embora tenha sido originalmente denominada apenas como escala de *coping* religioso, em publicação posterior é utilizado o termo *religious/spiritual coping* tanto para caracterizar a escala como para referir-se ao construto que ela mede (Fetzer/NIA Working Group, 1999). Esta escala foi construída inicialmente com 21 subescalas com, oito escala, cada uma, com origem idiomática e cultural norte-americana. No entanto, este instrumento já se encontra aferido para a população portuguesa de Portugal (Sara, Dantas, 2010). A tradução da escala Norte-Americana RCOPE para a língua portuguesa foi conseguida através do modelo constituído por 6 estágios para proceder à tradução da escala (Beton e colaboradores, 2000). Avalia tanto o coping religioso como o coping espiritual abrangendo tanto o coping positivo como o negativo.

Foram formuladas as seguintes hipóteses, articuladas a partir da revisão bibliográfica:

- Prevê-se que quanto maior a utilização de coping religioso e espiritual positivo maior a qualidade de vida.
- Espera-se que existam diferenças significativas na utilização do coping positivo em função do sexo.

- Prevê-se que perante determinadas situações de vida (viuvez), situação de saúde mental (depressão) e competências inerentes à idade (capacidade cognitiva) se utilize o coping religioso e espiritual positivo.

Agradeço desde já a oportunidade concedida, esperando que a realização deste estudo contribua para uma melhoria e avanço ao nível da investigação nesta área.

Guimarães, 24 de Janeiro, 2013

Com os meus Cumprimentos,

Bárbara Lima.

Autorização da Responsável pelo Serviço: Doutora Graça Raposo.

Carta dirigida á comissão de Ética da Instituição.

Pedido de autorização.

Exma. Diretora Dr.^a Paula Oliveira

O meu nome é Bárbara Fernanda Vaz Lima, aluna do segundo ano de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Católica Portuguesa, em Braga. Assim, venho por este meio solicitar a autorização para a recolha da amostra do Projeto de Investigação, intitulado “*A Espiritualidade, Religiosidade e a Qualidade de Vida dos Idosos*”.

O presente documento tem como principal objetivo obter autorização para uma recolha de dados no centro de dia da fraterna de Guimarães. A população alvo deve ter 65 anos ou mais e tem como critério de exclusão a doença física e psicológica associada.

De modo a explicar de forma resumida a importância deste estudo podemos mencionar que a espiritualidade possui uma dimensão central na vida da maioria da população envelhecida (Ferraro & Kelley-Moore, 2000, cit in Floriano & Dalgalarrodo, 2007). A importância deste fator espiritual relaciona-se fortemente com o aparecimento, manutenção e atenuação das consequências a nível físico e mental, provocadas pelo envelhecimento (Levin & Chatters, 1998 cit in Floriano & Dalgalarrodo, 2007).

O aumento da espiritualidade está de acordo com o aumento da idade e desempenha a função de suporte emocional, que, conseqüentemente apresenta repercussões na dimensão da saúde física e mental (Monterio, 2004 cit in Floriano & Dalgalarrodo, 2007). A prática de crenças religiosas contribui positivamente para o bem-estar na idade idosa, (Goldstei & Sommenhalder, 2002, Thomas & Eisenhandler, 1994, cit in Floriano & Dalgalarrodo, 2007) principalmente devido aos apoios sociais e consoante o modo de lidar com os fatores de vida stressantes. Desta forma, é evidente uma melhoria na qualidade de vida da população que ocupa esta faixa etária (Koenig et al. 1998).

A primeira fase de recolha de dados será realizada através do questionário sociodemográfico, devidamente ajustado à população que será alvo de investigação. O questionário que irá ser utilizado é um questionário adaptado de acordo com os objetivos do estudo presente. O questionário tem como objetivo avaliar as condições de vida, idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, situação financeira, rendimentos,

com quem coabita, parentesco, saúde física, relações sociais dos indivíduos nesta faixa etária e religião a que pertencem.

O instrumento WHOQOL-Bref é um instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHOQOL-BREF, 1998). Destina-se à avaliação da qualidade de vida tal como foi definida pela OMS, contempla, saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais. O instrumento é composto por 26 itens, organizado em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Cada um dos domínios é constituído por um conjunto de facetas e cada faceta é avaliada através de uma pergunta. Permite avaliar a qualidade de vida de indivíduos adultos, pode ser utilizado em doentes e em pessoas da população em geral, a sua aplicação pode ser por auto-preenchimento ou entrevista e exige que o indivíduo tenha capacidade para compreender as perguntas. Este instrumento foi construído com base nos dados recolhidos em 20 centros de avaliação da qualidade de vida da OMS, os valores aceitáveis de consistência interna: .82 no domínio físico; .81 no domínio psicológico; .80 ambiente e .68 no domínio relações (Skennington, 2004). O instrumento revelou um alfa de Cronbach total dos domínios de .79. As correlações entre os quatro domínios são estatisticamente significativas, todos os domínios apresentam correlações elevadas com faceta de qualidade de vida em geral. Os procedimentos de aplicação e cotação deste questionário é manual ou mediante o recurso a uma sintaxe para o programa SPS, cada pergunta é cotada de 1 a 5 e três itens devem ser invertidos (Q3, Q4, Q26).

O *Mini Mental State* também será um instrumento a aplicar. Trata-se de um instrumento que avalia o estado mental e permite identificar o défice cognitivo em sete questões. A simplicidade deste instrumento permite que este possa ser utilizado de forma séria e rotineira. Contudo, o facto de ser “mini” exclui questões relacionadas com o humor, experiências mentais anormais e o modo de pensar, para se concentrar nos aspetos cognitivos das funções mentais. A aplicação deste instrumento não exclui, porém, uma avaliação clínica completa. No entanto, revela ser um instrumento capaz de objetivar o défice cognitivo (Folstein, Folstein & McHugh, 1975).

A escala geriátrica de depressão (EGD) também será um instrumento a ser utilizado. Esta escala é um instrumento utilizado para fazer o despiste de sintomas depressivos em pessoas idosas. Constituída inicialmente por 30 itens, os autores propuseram posteriormente uma versão breve da escala, com 15 itens, para diminuir as probabilidades de quebra da atenção por parte dos idosos (McDowell & Newell, 1996).

A resposta aos 15 itens desta escala devem referir-se sobre como o indivíduo se tem sentido nas últimas 2 semanas. Se a soma das pontuações for 0 a 4 indica ausência de depressão, 5 a 8 depressão ligeira, 9 a 11 depressão moderada e de 12 a 15 depressão severa (Cardoso & Martín, 2007). Esta escala é a única criada especificamente para a população idosa e compreende questões sobre sentimentos e comportamentos, que decorreram na última semana. As respostas são dicotómicas (sim/não). A GDS tem boas medidas de consistência interna (alfa= 0,94) e confiabilidade (0,94), de igual modo sugere estabilidade no re-teste de 8 dias ($r= 0,85$). Apresenta uma boa validade em relação com outras escalas de depressão: com a Escala de Depressão ($r= 0,83$), Avaliação do Self de Zung ($r= 0,83$) e com a Escala de Avaliação Hamilton para a Depressão ($r= 0,84$).

O último instrumento a aplicar é a escala RCOPE (Caver et al., 1989 cit in Koenig et al., 2001). Trata-se de uma escala desenhada para ser teórica e empiricamente ajustada, funcionalmente orientada, compreensiva, clinicamente válida e significativa, aberta aos aspetos positivos e negativos da religião (Koenig et al., 2001). A escala RCOPE (Pargament *et al.*, 2001) é composta de itens de *coping* religioso e *coping* espiritual, que, embora tenha sido originalmente denominada apenas como escala de *coping* religioso, em publicação posterior é utilizado o termo *religious/spiritual coping* tanto para caracterizar a escala como para referir-se ao construto que ela mede (Fetzer/NIA Working Group, 1999). Esta escala foi construída inicialmente com 21 subescalas com, oito escala, cada uma, com origem idiomática e cultural norte-americana. No entanto, este instrumento já se encontra aferido para a população portuguesa de Portugal (Sara, Dantas, 2010). A tradução da escala Norte-Americana RCOPE para a língua portuguesa foi conseguida através do modelo constituído por 6 estágios para proceder à tradução da escala (Beton e colaboradores, 2000). Avalia tanto o coping religioso como o coping espiritual abrangendo tanto o coping positivo como o negativo.

Foram formuladas as seguintes hipóteses, articuladas a partir da revisão bibliográfica:

- Prevê-se que quanto maior a utilização de coping religioso e espiritual positivo maior a qualidade de vida.
- Espera-se que existam diferenças significativas na utilização do coping positivo em função do sexo.

- Prevê-se que perante determinadas situações de vida (viuvez), situação de saúde mental (depressão) e competências inerentes à idade (capacidade cognitiva) se utilize o coping religioso e espiritual positivo.

Agradeço desde já a oportunidade concedida, esperando que a realização deste estudo contribua para uma melhoria e avanço ao nível da investigação nesta área.

Guimarães, 24 de Janeiro, 2013

Com os meus Cumprimentos,
Bárbara Lima.

Autorização da Responsável pelo Serviço: Doutora Paula Oliveira.