



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE DAS PESSOAS IDOSAS:
CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE E BEM-ESTAR

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
doutor em enfermagem

por
Célia Maria Jordão Simões Silva

Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde

Outubro, 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE DAS PESSOAS IDOSAS:
CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE E BEM-ESTAR

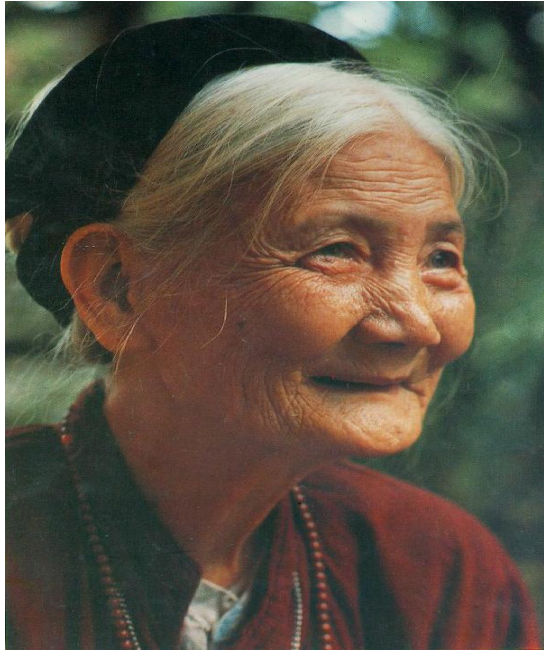
Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em enfermagem

Por Célia Maria Jordão Simões Silva

Sob orientação de Professora Doutora Margarida Vieira

Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde

Outubro, 2012



PENSAMENTO

Quando estamos a fazer aquilo que nos propusemos fazer - quando estamos a fazer a nossa viagem pessoal -, tentamos atingir a unidade e a harmonia entre as forças concorrentes do *mythos* (mitologia); *logos* (razão), *cosmos* (ordem) e *chaos* (desordem), forças que puxam e empurram o ser humano em muitas direcções diferentes.

A força capaz de unificar e harmonizar este quarteto - por outras palavras, o seu maestro - é o espírito.

MARINOFF (2005, p. 258)

Dedico a tese: aos meus filhos e marido, razão do meu viver; e aos meus pais, exemplo de sabedoria, dignidade, sentido de vida, amor e humanidade do que é viver.

RESUMO

A produção científica tem demonstrado que a espiritualidade, religiosidade das pessoas idosas é benéfica para a saúde e bem-estar, ou seja, para a qualidade de vida. Com base no enunciado, optou-se por estudar o tema espiritualidade, religiosidade das pessoas idosas: consequências para a saúde e bem-estar no âmbito da disciplina de Enfermagem.

Os objectivos da investigação foram: estudar a relação entre a espiritualidade, religiosidade das pessoas idosas na saúde e bem-estar; identificar o possível valor preditivo das variáveis espiritualidade, religiosidade e sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, residência) na saúde e bem-estar; fundamentar a intervenção de enfermagem no cuidado espiritual e religioso à pessoa idosa.

O estudo seleccionado para a pesquisa foi observacional (descritivo-analítico) e transversal, o instrumento de investigação «questionário sócio-demográfico, *BMMRS (Brief Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality*, traduzido e adaptado culturalmente para português Europeu) e SF-36 (versão 1.0, Portuguesa, da *Medical Outcomes Trust/MOT*)» e a amostra não probabilística acidental constituída por 600 idosos do Distrito de Leiria, sendo: a idade média 78,09 anos (DP= 7,49), variando entre os 65 e 98 anos, 74,8% do sexo feminino, 61,5% viúvos e a taxa de analfabetismo 27,7%.

Os resultados do estudo evidenciaram que:

- a saúde e bem-estar (SF-36) está relacionada com a espiritualidade, religiosidade (*BMMRS*) da pessoa idosa. Os idosos com valores baixos na escala *BMMRS*, ou seja com mais: **experiências espirituais**, obtiveram valores elevados no funcionamento social e no desempenho emocional; **valores e crenças**, apresentaram valores elevados no funcionamento social, desempenho emocional e na componente mental; **suporte religioso benéfico**, apresentaram valores elevados no desempenho físico e na saúde mental; **religião organizacional**, apresentaram valores elevados no funcionamento físico, no desempenho físico, na saúde geral, na vitalidade, no desempenho emocional, na componente física e na componente mental; **intensidade religiosa espiritual e sentido** (de vida), obtiveram valores elevados no funcionamento social, no desempenho emocional e na componente mental;
- as variáveis independentes melhores predictoras por ordem de importância da **componente física** são «habilitações literárias, sexo, religião organizacional, *coping* religioso e espiritual negativo, suporte religioso problemático e práticas religiosas

privadas» e da **componente mental** são «habilitações literárias, sexo, intensidade religiosa e espiritual».

A análise global dos resultados, permite concluir que a espiritualidade, religiosidade são variáveis preditoras relevantes na vida e na saúde e bem-estar dos idosos.

Palavras-chave: Espiritualidade, Religiosidade, Pessoa Idosa, Saúde e Bem-estar.

ABSTRACT

Scientific literature has shown that spirituality and religiousness in the elderly is beneficial to health and well-being, that is, to the quality of life. Based on that statement, we chose to study the question of spirituality, religiousness of the elderly: consequences for health and well-being under the discipline of Nursing.

The aims of the study were to (i) study the relationship between spirituality/religiousness of the elderly in health and well-being, (ii) identify the possible predictive value of variables such as spirituality, religiousness and socio-demography (age, gender, civil status, academic qualifications, residence) in health and well-being, and (iii) support the intervention of nursing in the spiritual and religious care to the elderly.

The study type selected for the research was observational (descriptive and analytical), the instrument of research «socio-demographic questionnaire, *BMMRS* ((*Brief Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality*, translated and culturally adapted to Portuguese European) and SF-36 (version 1.0, Portugal, the *Medical Outcomes Trust / MOT*)» and cross-sectional, the non-probability accidental sample consisting of 600 seniors in the District of Leiria, with average age of 78,09 years (SD= 7,49), ranging between 65 and 98 years, 74,8% of women, 61,5% of widows and rate of illiteracy of 27,7%.

The findings of the study showed the following:

- Health and well-being (SF-36) is related to spirituality/religiousness (*BMMRS*) of the elderly. Elderly individuals with lower values in the *BMMRS* range, i.e. which presented more: **Spiritual Experiences**, showed high values in social and emotional performance; **Values and Beliefs**, showed high levels in social functioning, emotional performance, and in the mental component; **Beneficial Religious Support**, showed high levels in physical performance and mental health; **Organizational Religiousness**, showed high levels in physical functioning, physical performance, general health, vitality, emotional performance in the physical component and mental component; **Intense Spiritual Religiousness** and **Meaning**(of life), showed high levels of social functioning, emotional performance and mental component;

- The best predicting independent variables in order of importance of the **physical component** are “qualifications, gender, organizational religiousness, negative spiritual and religious *coping*, problematic religious history, and private religious practices”. As far as the **mental component** is concerned, those are “qualifications, gender, religious and spiritual intensity”.

The global analysis of findings allows us to conclude that spirituality/religiousness is a relevant predicting variable in the life, health and well-being of the elderly.

Keywords: Spirituality, Religiousness, Elderly, Health and Well-being

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Margarida Vieira, pela sua inestimável orientação, empenho científico, apoio, entusiasmo e compreensão, sem a qual esta investigação teria sido bem mais árdua e demorada, um vivo e comovido reconhecimento.

À Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde pela disponibilidade logística inigualável.

Ao Instituto Politécnico de Leiria, à Escola Superior de Saúde de Leiria, pelas facilidades concedidas e incentivos em todo o percurso de Doutoramento.

Às Instituições que autorizaram a realização do estudo, igualmente pela disponibilidade logística e simpatia com que me receberam, o meu obrigado.

A todas as pessoas de “idade” que integram o estudo, o meu profundo reconhecimento, pela disponibilidade e cooperação.

Ao *Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group*, pela utilização da *Brief Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality (BMMRS)*, traduzida e adaptada culturalmente para português Europeu.

À *Medical Outcomes Trust*, pela utilização do SF-36 (versão 1.0 e Portuguesa).

Aos meus prezados colegas José Carlos Quaresma e João Mendes, pela motivação, debate de ideias e ajuda, o meu bem-haja!

A todas as pessoas que directa ou indirectamente, no seu momento e à sua maneira, com a sua parcela de doação, contribuíram para que a realização da tese fosse possível.

À minha família, pela compreensão, estímulo e ajuda preciosa em todos os momentos de alegria e desânimo, e por todas as privações de tempo e disponibilidade que o Doutoramento exigiu.

SIGLAS E ABREVIATURAS

- CBE - Curso de Bacharelato em Enfermagem
- CE - Curso de Enfermagem
- CEE - Comunidade Económica Europeia
- CEG - Curso de Enfermagem Geral
- CGE - Curso Geral de Enfermagem
- CLE - Curso de Licenciatura em Enfermagem
- CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- DP - Desvio Padrão
- DR - Diário da República
- EU - European Union
- EUROSTAT - Gabinete de Estatística da União Europeia
- INE - Instituto Nacional de Estatística
- OE - Ordem dos Enfermeiros
- ONU - Organização das Nações Unidas
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- WHO - World Health Organization
- WHOHOQOL - World Health Organization Quality of Life
- vs* - *versus*

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	19
 PARTE I: REVISÃO DA LITERATURA	
1. PESSOA IDOSA E ENVELHECIMENTO	26
1.1 PESSOA IDOSA	26
1.2 ENVELHECIMENTO	28
1.2.1 Dimensões do envelhecimento	30
<i>1.2.1.1 Dimensão biológica</i>	30
<i>1.2.1.2 Dimensão psicológica</i>	33
<i>1.2.1.3 Dimensão social</i>	36
<i>1.2.1.4 Dimensão espiritual e religiosa</i>	37
2. SAÚDE E BEM-ESTAR DA PESSOA IDOSA	51
3. ENFERMAGEM... CUIDADO ESPIRITUAL À PESSOA IDOSA	58
3.1 CUIDAR EM ENFERMAGEM.....	62
3.2 CUIDADO ESPIRITUAL EM ENFERMAGEM	63
3.3 ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA E GERIÁTRICA	67
 PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO	
1. METODOLOGIA	71
1.1 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	71
1.2 OBJECTIVOS DO ESTUDO	71

1.3 TIPO DE ESTUDO	72
1.4 HIPÓTESES	72
1.5 POPULAÇÃO/ AMOSTRA	73
1.6 INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO	73
1.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS	77
1.8 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS.....	78
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	79
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	129
4. CONCLUSÃO, LIMITAÇÕES DO ESTUDO, SUGESTÕES	143
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	147

ANEXOS:

ANEXO I – Consentimento informado

ANEXO II – Instrumento de investigação

ANEXO III - Pedidos de autorização ao Fetzer (Instituto/NIA) para utilizar *Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS)* e à *Mefical Outcomes Trust (MOT)* para utilizar o SF-36

ANEXO IV – Autorizações das instituições para utilizar *BMMRS* e SF-36

ANEXO V – Pedidos de autorização às instituições para a aplicação do instrumento de investigação

ANEXO VI – Autorizações das instituições para a aplicação do instrumento de investigação

ÍNDICE FIGURAS	Pág.
Figura 1: Modelo saúde-doença	54
Figura 2: Modelo linear da relação saúde-doença	55
Figura 3: Modelo recente da relação saúde-doença (2 eixos)	56
Figura 4: Cuidado espiritual em enfermagem gerontológica e geriátrica.	67
Figura 5: Variáveis preditoras das componentes Física e Mental da Saúde e Bem-estar (SF-36), segundo a ordem de importância na regressão múltipla <i>stepwise</i> e hierárquica ...	142

ÍNDICE TABELAS

	Pág.
Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra.....	80
Tabela 2: Caracterização da amostra no domínio “experiências espirituais”, <i>BMMRS</i>	81
Tabela 3: Caracterização da amostra no domínio “valores e crenças”, <i>BMMRS</i>	82
Tabela 4: Caracterização da amostra no domínio “perdão”, <i>BMMRS</i>	82
Tabela 5: Caracterização da amostra nas “práticas religiosas privadas”, <i>BMMRS</i>	83
Tabela 6: Caracterização da amostra no domínio “ <i>coping</i> religioso e espiritual”, <i>BMMRS</i> .	84
Tabela 7: Caracterização da amostra no domínio ”suporte/ apoio religioso”, <i>BMMRS</i>	85
Tabela 8: Caracterização da amostra segundo a história religiosa/espiritual, <i>BMMRS</i>	86
Tabela 9: Caracterização da amostra segundo a transposição das suas crenças para todos os aspectos da sua vida, <i>BMMRS</i>	87
Tabela 10: Caracterização da amostra segundo a contribuição anual (em média) para a sua paróquia ou causas religiosas, <i>BMMRS</i>	87
Tabela 11: Caracterização da amostra segundo as horas gastas (em média) em actividades que envolvem a sua paróquia, ou em actividades religiosas ou espirituais, <i>BMMRS</i>	87
Tabela 12: Caracterização da amostra segundo a religião organizacional, <i>BMMRS</i>	88
Tabela 13: Caracterização da amostra segundo a sua preferência religiosa actual, <i>BMMRS</i>	88
Tabela 14: Caracterização da amostra segundo a intensidade religiosa/espiritual, <i>BMMRS</i>	89
Tabela 15: Caracterização da amostra segundo o sentido/significado, <i>BMMRS</i>	89
Tabela 16: Resultados da amostra na <i>BMMRS</i> e do <i>NIA/Fetzer-GSS</i>	90

Tabela 17 – Validade convergente e discriminante dos itens	94
Tabela 18: Itens que constituem cada uma das dimensões do SF-36, medidas de tendência central e de variabilidade, consistência interna (<i>α de cronbach</i>).....	95
Tabela 19: Estatísticas do teste <i>t de Student</i> para amostras independentes (SF-36 vs Experiências Espirituais)	96
Tabela 20: Estatísticas do teste <i>t de Student</i> para amostras independentes (SF-36 vs Valores e Crenças)	97
Tabela 21: Estatísticas do teste <i>t de Student</i> para amostras independentes (SF-36 vs Perdão)	98
Tabela 22: Estatísticas do teste <i>t de Student</i> para amostras independentes (SF-36 vs Práticas Religiosas Privadas).....	98
Tabela 23: Estatísticas do teste <i>t de Student</i> para amostras independentes (SF-36 vs Coping Religioso e Espiritual positivo)	99
Tabela 24: Estatísticas do teste <i>t de Student</i> para amostras independentes (SF-36 vs Coping Religioso e Espiritual negativo)	100
Tabela 25: Estatísticas do teste <i>t de Student</i> para amostras independentes (SF-36 vs Suporte Religioso benéfico)	100
Tabela 26: Estatísticas do teste <i>t de Student</i> para amostras independentes (SF-36 vs Suporte Religioso problemático)	101
Tabela 27: Estatísticas do teste <i>t de Student</i> para amostras independentes (SF-36 vs Religião Organizacional)	102
Tabela 28: Estatísticas do teste <i>t de Student</i> para amostras independentes (SF-36 vs Intensidade Religiosa e Espiritual)	103
Tabela 29: Estatísticas do teste <i>t de Student</i> para amostras independentes (SF-36 vs Sentido)	104
Tabela 30: Estatísticas do teste One-Way Anova (SF-36 vs Grupo Etário)	105

Tabela 31: Teste <i>Tukey</i> (Funcionamento Físico no SF-36 vs Grupo Etário)	106
Tabela 32: Teste <i>Tukey</i> (Desempenho Físico no SF-36 vs Grupo Etário)	106
Tabela 33: Teste <i>Tukey</i> (Vitalidade no SF-36 vs Grupo Etário)	106
Tabela 34: Teste <i>Tukey</i> (Saúde Mental no SF-36 vs Grupo Etário)	107
Tabela 35: Teste <i>Tukey</i> (Componente Física no SF-36 vs Grupo Etário)	107
Tabela 36: Estatísticas do teste <i>t de Student</i> para amostras independentes (SF-36 vs Sexo).	108
Tabela 37: Estatísticas do teste One-Way Anova (SF – 36 vs Estado Civil)	109
Tabela 38: Teste <i>Tukey</i> (Funcionamento Físico no SF-36 vs Estado Civil)	110
Tabela 39: Teste <i>Tukey</i> (Desempenho Físico no SF-36 vs Estado Civil)	110
Tabela 40: Teste <i>Tukey</i> (Dor Corporal no SF-36 vs Estado Civil)	110
Tabela 41: Teste <i>Tukey</i> (Saúde Geral no SF-36 vs Estado Civil)	111
Tabela 42: Teste <i>Tukey</i> (Vitalidade no SF-36 vs Estado Civil)	111
Tabela 43: Teste <i>Tukey</i> (Funcionamento Social no SF-36 vs Estado Civil)	111
Tabela 44: Teste <i>Tukey</i> (Saúde Mental no SF-36 vs Estado Civil)	112
Tabela 45: Teste <i>Tukey</i> (Componente Física no SF-36 vs Estado Civil)	112
Tabela 46: Teste <i>Tukey</i> (Componente Mental no SF-36 vs Estado Civil)	112
Tabela 47: Estatísticas do teste One-Way Anova (SF -36 vs Habilidades Literárias).....	113
Tabela 48: Teste <i>Tukey</i> (Funcionamento Físico no SF-36 vs Habilidades Literárias)	114
Tabela 49: Teste <i>Tukey</i> (Desempenho Físico no SF - 36 vs Habilidades Literárias)	114
Tabela 50: Teste <i>Tukey</i> (Saúde Geral no SF-36 vs Habilidades Literárias)	114
Tabela 51: Teste <i>Tukey</i> (Vitalidade no SF-36 vs Habilidades Literárias)	115
Tabela 52: Teste <i>Tukey</i> (Saúde Mental no SF-36 vs Habilidades Literárias)	115
Tabela 53: Teste <i>Tukey</i> (Componente Física no SF-36 vs Habilidades Literárias)	115

Tabela 54: Teste <i>Tukey</i> (Componente Mental no SF-36 vs Habilitações Literárias)	116
Tabela 55: Estatísticas do teste <i>t de Student</i> para amostras independentes (SF-36 vs Residência)	116
Tabela 56: Estatísticas do teste One-Way Anova (<i>BMMRS</i> vs Grupo Etário)	117
Tabela 57: Teste <i>Tukey</i> (Experiências espirituais na <i>BMMRS</i> vs Grupo Etário)	118
Tabela 58: Teste <i>Tukey</i> (<i>Coping</i> Religioso e Espiritual positivo na <i>BMMRS</i> vs Grupo Etário)	118
Tabela 59: Teste <i>Tukey</i> (<i>Coping</i> Religioso e Espiritual negativo na <i>BMMRS</i> vs Grupo Etário)	118
Tabela 60: Teste <i>Tukey</i> (Religião Organizacional na <i>BMMRS</i> vs Grupo Etário)	119
Tabela 61: Estatísticas do teste <i>t de Student</i> para amostras independentes (<i>BMMRS</i> vs Sexo)	120
Tabela 62: Estatísticas do teste One-Way Anova (<i>BMMRS</i> vs Estado Civil).....	121
Tabela 63: Teste <i>Tukey</i> (Experiências Espirituais na <i>BMMRS</i> vs Estado Civil).....	121
Tabela 64: Teste <i>Tukey</i> (Valores e Crenças na <i>BMMRS</i> vs Estado Civil).....	122
Tabela 65: Teste <i>Tukey</i> (<i>Coping</i> Religioso e Espiritual positivo na <i>BMMRS</i> vs Estado Civil)	122
Tabela 66: Teste <i>Tukey</i> (Suporte Religioso benéfico na <i>BMMRS</i> vs Estado Civil)	122
Tabela 67: Estatísticas do teste One-Way Anova (<i>BMMRS</i> vs Habilitações Literárias)	123
Tabela 68: Teste <i>Tukey</i> (Experiências Espirituais na <i>BMMRS</i> vs Habilitações Literárias) ..	124
Tabela 69: Teste <i>Tukey</i> (Valores e Crenças na <i>BMMRS</i> vs Habilitações Literárias)	124
Tabela 70: Teste <i>Tukey</i> (<i>Coping</i> Religioso e Espiritual positivo na <i>BMMRS</i> vs Habilitações Literárias)	124
Tabela 71: Teste <i>Tukey</i> (Suporte Religioso problemático na <i>BMMRS</i> vs Habilitações Literárias)	125

Tabela 72: Teste <i>Tukey</i> (Religião Organizacional na <i>BMMRS</i> vs Habilitações Literárias) ..	125
Tabela 73: Teste <i>Tukey</i> (Intensidade Religiosa e Espiritual na <i>BMMRS</i> vs Habilitações Literárias)	125
Tabela 74: Teste <i>Tukey</i> (Sentido na <i>BMMRS</i> vs Habilitações Literárias)	126
Tabela 75: Estatísticas do teste <i>t de Student</i> para amostras independentes (<i>BMMRS</i> vs Residência)	126
Tabela 76: Resultados da regressão múltipla <i>stepwise</i> e hierárquica para a variável Componente Física.....	127
Tabela 78: Resultados da regressão múltipla <i>stepwise</i> e hierárquica para a variável Componente Mental.....	128

ÍNDICE QUADROS

	Pág.
Quadro1: Saúde e Bem-Estar (SF-36) vs Religiosidade, Espiritualidade (<i>BMMRS</i>) das pessoas idosas.....	136
Quadro2: Saúde e Bem-Estar (SF-36) vs Religiosidade, Espiritualidade (<i>BMMRS</i>), segundo as variáveis sociodemográficas (idade/grupo etário, sexo, estado civil, habilitações literárias, residência)	140

INTRODUÇÃO

Espiritualidade, religião e ciência estiveram entrelaçadas até à época moderna. A cisão ocorreu com o dualismo cartesiano, concepção defendida por René Descartes (1596-1650, filósofo francês, físico e matemático) e centrada na distinção ontológica entre a alma substância pensante (*res cogitans*) e o corpo, entidade física (*res extensa*), mas em estreita ligação através da glândula pineal. (Descartes, 1994).

O dualismo antropológico de Descartes, centrado na ideia de uma mente descorporalizada, permitiu que fosse mais fácil explicar o ser humano à luz da biologia, do seu corpo, do que a partir da interioridade do seu espírito corporalizado. Este paradigma racionalista e reducionista influenciou a cultura científica (nomeadamente a medicina com a valorização do modelo biomédico) e humanista ocidental, colocando em causa e considerando a moral tradicional e os valores espirituais antiquados e anti-científicos.

Neste contexto, a ciência na modernidade rejeita as dimensões espirituais e religiosas, remetendo-as para a metafísica, e afirma-se como saber mais verdadeiro e mais desenvolvido que o conhecimento religioso. Esta posição contribuiu para a existência de duas visões do mundo e duas concepções da realidade. Por um lado, os cientistas assumem a descrição *verdadeira* da realidade, das suas causas e explicações; por outro, os religiosos adoptam a *essência das coisas*, representando para a humanidade o sentido último das verdades que proclamam.

Apesar de racionalidade, espiritualidade e religião terem assumido sentidos opostos e autónomos, as pesquisas científicas, nas últimas duas décadas influenciadas pelo paradigma da ciência pós-moderna de que a racionalidade não depende apenas de uma forma de conhecimento, mas da configuração de todas onde o cruzamento fecundo dos saberes ultrapassa a visão do mundo e da vida, conferindo um sentido à existência humana têm analisado a influência da espiritualidade e religião na ciência, ou seja, na saúde e no envelhecimento. A interface na investigação realizada tem demonstrado que o envolvimento espiritual e religioso não só promove a saúde física e mental e a longevidade, como também diminui a procura dos cuidados de saúde.

Os pressupostos descritos parecem revelar que o cepticismo científico foi ultrapassado com a compreensão de que:

- Se as filosofias e as ciências nasceram da religião, é porque a própria religião se fazia de ciência e de filosofia, conforme referiu Durkheim na sua obra “As Formas Elementares da Vida Religiosa”, publicada em 1912 (Durkheim, 1996);
- A religião e a ciência não podem dispensar a metafísica nem estarem separadas porque cada disciplina deve aprender a aceitar que nunca poderá abarcar a totalidade da verdade (Trigg, 2001);
- A célebre expressão de Einstein sem a religião, a ciência é coxa; sem a ciência, a religião é cega, segundo Oliveira (2008. P. 23) significa que “cada uma destas realidades funciona a níveis diferentes, mas a racionalidade científica não pode negar a hipótese da transcendência”, porque é a constituição fundamental do homem, o que forma a essência da sua subjectividade.

Numa perspectiva sócio-histórica, e segundo McLeod (2004), a enfermagem reflecte também a influência do discurso cartesiano, ao imergir a sensibilidade espiritual e religiosa da enfermagem que esteve presente até ao século XX, dos currículos científicos das Escolas de Enfermagem ao longo da 1ª metade do século XX.

A dimensão espiritual e religiosa reaparece na 2ª metade do século XX com o discurso da prática da enfermagem holística e o interesse dos teóricos, dos investigadores e dos clínicos da enfermagem.

Com base nas ideias expostas, e ainda pelo desafio que representa, optei por estudar o tema “*Espiritualidade e Religiosidade das pessoas idosas: consequências para a saúde e bem-estar*”, com a finalidade de:

- contribuir para o enriquecimento do conhecimento da “**Ciência de Enfermagem**” (Disciplina / Profissão) e da “**Enfermagem Gerontológica e Geriátrica**”;
- sensibilizar os profissionais da saúde para a importância da satisfação das necessidades espirituais e religiosas da pessoa no *continuum* saúde-doença.

Justificação do estudo

O tema a estudar é relevante para as Ciências da Saúde, e em especial para a Enfermagem que tem como função social privilegiar e valorizar o auto-cuidado (fundamentado numa visão holística), estimulando todas as pessoas a melhorar e preservar a sua saúde, bem como para o interesse intelectual do investigador, conforme se pode analisar no conjunto de **razões** apresentadas, isto é, pessoais/profissionais; sociodemográficas, promoção do envelhecimento activo, promoção da saúde espiritual e religiosa.

Razões pessoais/profissionais

Recuando no tempo, o meu interesse pessoal e profissional pela “Saúde do Idoso” iniciou no Curso de Enfermagem com os conteúdos programáticos leccionados e a possível transposição destes para o ensino clínico realizado em diferentes contextos (Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Diferenciados e Lares de Terceira Idade), tendo-se inicialmente projectado na profissão – prestação directa de cuidados de enfermagem e ensino –, e posteriormente na especialização em Enfermagem de Saúde Pública (com o módulo “*Saúde no Idoso*” e o trabalho de investigação “*Adulto, Arte de Saber Envelhecer*”), bem como no Mestrado de Saúde Pública (com a tese “*Velhice: Realidade Viva ou Imagem Sofrida?*”).

Presentemente, continuo com o mesmo entusiasmo a defender que a Enfermagem tem um papel relevante na saúde do idoso, estimulando a pessoa idosa a criar uma consciência de *empowerment* e sabedoria no saber envelhecer activamente nas transições de vida, conforme refere Meleis (1997), assim como a viver a velhice como um tempo de realização plena, repleto de objectivos e sentido positivo, o que é também defendido por Cícero (1998) no seu tratado sobre a velhice – *De Senectude*.

Razões sociodemográficas

O envelhecimento demográfico apresenta-se como um processo irreversível nos próximos anos a nível mundial e nos países desenvolvidos.

A esperança de vida ao nascer da população mundial aumentou 19 anos desde 1950. Actualmente, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais, mas em 2050 esta relação

será de um para cinco. O número de centenários (de 100 anos ou mais) aumentará 15 vezes, atingindo os 2,2 milhões em 2050, contra 145 000 pessoas em 1999 (Veras, 2004).

No conjunto dos 27 (EU 27) estados membros existem grandes alterações demográficas, devido à descida continua dos níveis de fecundidade e ao aumento da longevidade, especificamente nas idades avançadas. O índice sintético de fecundidade (ISF) desceu abaixo do valor limiar de substituição das gerações, passando de **2.1 crianças por mulher** em 1975 para **1,52 crianças por mulher em 2006** (Józwiak & Kotowska, 2008).

Portugal

À semelhança dos países que integram a Europa do Norte e do Ocidente, Portugal apresenta alterações na estrutura etária da população, que se traduzem por um aumento do número de idosos – **envelhecimento no topo** –, por uma diminuição dos jovens – **envelhecimento na base** –, ou por ambas as situações – **duplo envelhecimento** (INE, 2007).

As alterações, segundo o INE (2008) estão associadas a diversos factores, entre os quais a transição de um regime demográfico caracterizado por uma forte mortalidade e natalidade (índice sintético de fecundidade elevado nas décadas de 60 e 70 do século XX), ultrapassando as 2,1 crianças **por mulher** nos primeiros anos da década de 80, para um regime de equilíbrio definido por uma fraca mortalidade e natalidade (índice sintético de fecundidade de 1,33 **crianças por mulher** em 2007).

O índice de envelhecimento era de **27 idosos para cada 100 jovens** em 1960 e de **109 idosos para cada 100 jovens** em 2004. As projecções demográficas para 2050 revelam que o respectivo índice será de **243 idosos para cada 100 jovens** (INE, 2005).

O envelhecimento é mais acentuado nas mulheres, reflectindo a sua maior longevidade (INE, 2007). No entanto, a percentagem de mulheres tem vindo a diminuir: 60% em 1960 e 58% em 2004. Esta tendência, segundo o INE (2005), manter-se-á até 2050 (35% de mulheres).

A percentagem de idosos (80 anos de idade ou mais) em relação ao total da população tem aumentado progressivamente: 1,2% em 1960 e 3,8% em 2004, com tendência a agravar-se em 2050 (10,2%).

O cenário demográfico apresentado permite concluir que o envelhecimento é um dos maiores êxitos da humanidade e, antes de tudo, como refere Gro Harlem Brundtland, Director-Geral da

Organização Mundial de Saúde, uma história de sucesso para as políticas de saúde pública, assim como para o desenvolvimento social e económico (WHO, 2002).

De acordo com o exposto, no século XXI, as sociedades e os enfermeiros deverão:

- promover o **envelhecimento activo**, aumentando a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida. O termo **envelhecimento activo** foi adoptado pela Organização Mundial de Saúde, no final dos anos 90, com o objectivo de não só transmitir uma mensagem mais abrangente do que a designação **envelhecimento saudável**, como também realçar a existência de outros factores que afectam o modo como as pessoas envelhecem para além dos cuidados de saúde (Kalache & Kickbusch, 1997);
- encarar o duplo movimento **longevidade-rejuvenescimento** e a nova ordem social constituída por idosos com naturalidade e adaptar-se a esta realidade, ajudando a pessoa idosa a exercer a sua cidadania e a viver com dignidade.

Promoção do Envelhecimento Activo

O (Plano Nacional de Saúde [PNS]2004-2010) – Orientações Estratégicas, publicado pelo Ministério da Saúde em 2004, refere o seguinte:

- Em Portugal, a esperança de vida à nascença para ambos os sexos era, em 2000/2001, de 76,9 anos, sendo inferior à média europeia que se situa em 78,2 anos. A esperança de vida no sexo masculino era de 73,5 anos, inferior à média europeia (75,2 anos). O sexo feminino apresentava uma esperança de vida de 80,3 anos, também ela inferior à média europeia (81,2 anos);
- Os resultados obtidos no (Inquérito Nacional de Saúde [INS] 1995/1996 e 1998/1999) revelam que o estado de saúde “muito bom” ou “bom” decresce com a idade em ambos os sexos, sendo as mulheres a referir que este é “mau” ou “muito mau”;
- Os resultados obtidos no questionário aplicado em 2001 para avaliar a saúde como aptidão funcional nos indivíduos idosos indicam que **8,3%** dos idosos têm grandes incapacidades; **12%** afirmam necessitar de ajuda nas actividades da vida diária e **92,5%** dos idosos com incapacidade do tipo funcional declaram necessitar de ajuda quase diária.

Para contrariar estes resultados, o Ministério da Saúde propõe um conjunto de intervenções com o objectivo de promover o envelhecimento activo, nomeadamente:

- ✚ Adequar os cuidados de saúde às necessidades específicas dos idosos (programa de saúde para as pessoas idosas, informação sobre o envelhecimento activo e maior atenção às situações de maior vulnerabilidade);
- ✚ Actuar sobre determinantes de autonomia e independência (pondo em prática o conceito de envelhecimento activo, exame periódico com o objectivo de identificar critérios de fragilidade);
- ✚ Promover e desenvolver intersectorialmente ambientes capacitadores de autonomia e independência dos idosos;
- ✚ *Settings* para intervenção (envolver centros de saúde e hospitais na identificação de fragilidade e na promoção de cuidados antecipatórios e capacitar os cuidadores informais (família ou pessoa significativa para a prestação de cuidados)).

As Orientações Estratégicas do Ministério da Saúde em 2004, expressas no PNS (2004-2010) referem que a assistência espiritual e religiosa no seio do sistema de saúde é deficitária e que não são raras as manifestações de indiferença em relação a este direito fundamental dos doentes, apesar de o INE (2003) destacar que dos 10216247 portugueses recenseados em 2001, 7263203 que responderam sobre a sua orientação religiosa, (71.09%) afirmaram ser católicos, (0.6%) protestantes, (0.11%) muçulmanos e (3,3%) não ter qualquer tipo de religião.

O Ministério da Saúde recomenda:

- ✚ uma assistência integral, respeitando o doente como sujeito de espiritualidade e religiosidade;

- ✚ formação pré-graduada, pós-graduada, formação contínua e formação em serviço dos profissionais da saúde.

A tese encontra-se estruturada em duas partes que constituem um todo. A primeira parte integra a revisão da literatura estruturada em torno de três pontos fundamentais: (1) pessoa idosa e envelhecimento, (2) saúde e bem-estar da pessoa idosa e (3) enfermagem (cuidar em enfermagem, cuidado espiritual em enfermagem e enfermagem gerontológica e geriátrica). A segunda parte aborda o estudo empírico estruturado em três capítulos (1) metodologia, (2) apresentação e análise dos resultados, (3) discussão dos resultados, (4) conclusão, limitações do estudo, sugestões).

PARTEI:

REVISÃO DA LITERATURA

1. PESSOA IDOSA E ENVELHECIMENTO

1.1 PESSOA IDOSA

Renaud (2008, p. 166) refere que a pessoa idosa é um “ser em devir”. Segundo Scheler (2008), a abertura ao mundo, a consciência de si e a capacidade de objectivação são características que ela possui enquanto pessoa.

Na perspectiva da concepção da existência humana de Tamer e Petriz (2007, p. 190), a pessoa idosa “está sempre num processo de «vir a ser», de transcender-se”. Fonseca (2004, p.33), por sua vez, define-a como sendo “um ser humano que vive a sua condição existencial à semelhança de qualquer outro”, ou seja, deve ser olhada simplesmente como uma pessoa, com potencialidades, desejos e frustrações, exactamente como os outros grupos etários, de forma a evitar a “caricaturização” dos idosos na sociedade contemporânea.

De um ponto de vista social e de acordo com a OMS a ONU, nos países desenvolvidos, considera-se que uma pessoa é idosa quando tem 65 e mais anos, enquanto nos países em desenvolvimento, é considerada idosa a pessoa com 60 e mais anos (Oliveira, 2005; Neri, 2001; Paschoal, 2000).

Actualmente, reconhece-se que a categorização da pessoa idosa numa só faixa etária é inadequada, devido à sua diversidade, pelo que é geralmente aceite, conforme refere Oliveira (2005), a divisão etária adoptada no recenseamento dos Estados Unidos:

- Idosos jovens (*Elderly*, entre 65 e 74 anos);
- Idosos (sem adjectivação) – (*Aged*, dos 75 aos 84 anos);
- Muito idosos (*Very Old*, a partir dos 85 ou 90 anos).

A idade cronológica não é um bom critério para definir a pessoa idosa porque não tem em conta que:

- as diferenças individuais aumentam com a idade – à medida que as pessoas envelhecem, tendem a tornar-se menos semelhantes (Moody, 2002);
- a pessoa é um ser multidimensional, constituído por diferentes dimensões (biológicas, psicológicas, socioculturais e espirituais), todas interdependentes e inter-relacionadas (Dossey, Heegan & Guzetta, 2005);
- o número de anos que a pessoa vive não nos informa sobre a sua qualidade de vida, a sua experiência psicossocial nem mesmo sobre a sua saúde (Paúl & Fonseca, 2001);
- existem outras idades (biológica, psicológica, social, pessoal e funcional).

Relativamente às idades, Birren e Cunningham (1985) apresentaram a seguinte diferenciação:

- **Idade Biológica** – é medida através das capacidades vitais do organismo humano e do limite de vida dos sistemas orgânicos, que vão perdendo a sua capacidade de adaptação e de auto-regulação;
- **Idade Psicológica** – refere-se às capacidades psicológicas (sentimentos, cognições, motivações, memória, inteligência e outras competências que sustentam o controlo pessoal e a auto-estima) que as pessoas utilizam para se adaptarem às mudanças ambientais;
- **Idade Social** – refere-se aos papéis sociais que as pessoas de um determinado grupo etário adoptam em função das expectativas da sociedade.

Costa (1998) acrescenta às idades anteriormente referenciadas a noção de **idade pessoal**, como sendo um critério individual, associado às vivências internas de cada um. A própria pessoa determina a idade respectiva através do que o “espírito” “sente”.

A estereotipia associada à idade psicológica e social contribuiu para que Fernández-Ballesteros (2000) optasse por introduzir a noção de **idade funcional**, constituída por um conjunto de

indicadores (capacidade funcional, tempo de reacção, satisfação com a vida, amplitude de redes sociais).

No contexto das idades que constituem a pessoa idosa, Morin (2000) realça que vivemos todas as idades precedentes. Este facto pode ser observado no conceito transdisciplinar de pessoa idosa como

um ser de seu espaço e de seu tempo. É o resultado do seu processo de desenvolvimento, do seu curso de vida. É a expressão das relações e interdependências. Faz parte de uma consciência colectiva, a qual introjeta em seu pensar e em seu agir. Descobre as suas próprias forças e possibilidades, estabelece a conexão com as forças dos demais, cria suas forças de organização e empenha-se em lutas mais amplas, transformando-as em força social e política (Sá, 2002, p. 1120).

Contudo, a vida como empreendimento pessoal e biográfico culmina na velhice, fase do ciclo vital delimitada por eventos de natureza múltipla: ganhos e perdas, como por exemplo a redução da capacidade funcional devido ao envelhecimento no curso do tempo.

1.2 ENVELHECIMENTO

O envelhecimento e a velhice como acontecimento pessoal e socialmente definido podem significar realidades amplamente diferenciadas, da plenitude à decadência e da gratificação ao abandono.

Ermida (1999, p. 43) define o envelhecimento como “um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo”. Desta forma, o envelhecimento manifesta-se pelo declínio da integridade funcional de um órgão, tecido ou células e falha de cooperação entre componentes biológicos.

Mas o envelhecimento não se circunscreve apenas ao biótico e à passagem do tempo. É acima de tudo um fenómeno complexo, resultante da interacção bio-psico-social-espiritual, e promotor de mudanças que, segundo Simões (2006, p. 31), “embora se acentuem e evidenciem no fim da vida, têm origem num período anterior da existência, de tal modo que se pode, literalmente,

afirmar que começamos a envelhecer no momento de nascer (se é que não é mais apropriado dizer, no momento da concepção) ”. As mudanças associadas ao envelhecimento, segundo Birren, Schaie e Schroots (1996), podem ser identificadas através dos seguintes **padrões de envelhecimento**:

- **Envelhecimento Primário ou Normal** – predomina a eugeria (alterações fisiológicas, intrínsecas ao processo de envelhecimento e irreversíveis);
- **Envelhecimento Secundário ou Patológico** – predomina a patogeria (alterações fisiológicas devido aos efeitos acumulados das agressões dos factores extrínsecos: doenças adquiridas e traumatismos, que podem ser reversíveis ou prevenidas);
- **Envelhecimento Terciário**, quando as mudanças que ocorrem na velhice são precipitadas e sugestivas de um envelhecimento rápido que precede imediatamente a morte.

Contudo, os autores supracitados têm consciência de que os **padrões de envelhecimento** não parecem ser suficientes para se alcançar uma clareza conceptual neste domínio porque as características mais relevantes do envelhecimento humano são a sua individualidade e a sua diversidade. Este facto contribui para que os padrões de envelhecimento normal sejam heterogéneos. Spar e La Rue (2005) reforçam esta ideia ao afirmarem que parecem existir diferentes trajectórias de envelhecimento normal, no ritmo e variáveis em subgrupos genéticos e socioculturais.

Neste contexto, Neri (2001) destaca que não é fácil descrever **padrões de envelhecimento**, fundamentalmente porque é difícil a distinção entre saúde e doença e a operacionalização de conceitos relativos a ganhos e perdas.

Às dificuldades apontadas pelos diversos autores, pode-se acrescentar ainda, conforme referem Silva e Lima (2002, p. 14), que “o envelhecimento é um fenómeno multidimensional, resultante da acção de vários mecanismos” que podem ser de dois tipos:

- Intrínsecos:

- Os mecanismos epigenéticos (radicais livres e pontagens) que actuam após a etapa genética, modificando as proteínas após a sua síntese ou na sua interacção;

- O aumento da actividade de certas enzimas proteolíticas degrada os constituintes celulares, agrava e acelera o declínio de certas funções (Raport, 1998; Robert, 1995);

- Extrínsecos:

- A interacção entre o meio ambiente e o genoma;
- Os processos físico-químicos de significação metabólica, dependentes do meio ambiente (ecologia, alimentação, higiene e aspectos socioculturais);
- Os mecanismos neuro-hormonais do organismo interferem nas condições de vida, nos nutrientes e nos comportamentos (Raport, 1998; Robert, 1995).

1.2.1 Dimensões do Envelhecimento

A abordagem das dimensões do processo de envelhecimento centra-se na perspectiva de que envelhecer é um processo multidimensional, multidireccional e dinâmico, no qual as mudanças relacionadas com a idade devem ser encaradas como multifacetadas e multifuncionais (Fonseca, 2004).

Conclui-se então que o envelhecimento não é um processo unilateral, mas sim a soma de vários processos entre si, um acontecimento biológico com repercussões a nível psicossocial e espiritual (Ermida, 1999; Hall, MacLennan & Lule, 1997).

1.2.1.1 Dimensão Biológica

O envelhecimento biológico é universal, gradual, irreversível e compreende processos de transformação do organismo em diferentes níveis (molecular, celular, tecidos, órgãos e suas funções) que variam não apenas entre os indivíduos, mas também entre os diferentes sistemas de uma mesma pessoa, donde resulta a vulnerabilidade crescente e uma diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência, a que se dá o nome de senescência (Saldanha, 2009; Almeida, 2006; Vaz-Serra, 2006).

A senescência não é sinónima de doença. É sim um processo normal de deterioração biológica que aumenta a vulnerabilidade da pessoa à doença e à morte, devido à redução da reserva fisiológica dos órgãos e sistemas, o que implica a diminuição da capacidade adaptativa do organismo às alterações do meio ambiente.

Este fenómeno, segundo Eliopoulos (2001), tem preocupado durante séculos as pessoas. Algumas têm a esperança de alcançar a juventude eterna; outras de descobrir a chave para a imortalidade.

A investigação no domínio do envelhecimento biológico tem proporcionado o aparecimento de numerosas teorias com o objectivo de explicar o envelhecimento humano. Só que as teorias, por si só ou em conjunto, não são a única justificação do envelhecimento. Porém, as reservas relacionadas com as teorias do envelhecimento são ultrapassadas com o reconhecimento que estas fornecem informação útil sobre “os factores que podem influenciar, positivamente e negativamente, a saúde e o bem-estar dos indivíduos de todas as idades” (Eliopoulos, 2001, p. 39).

Pinto (2001) divide as teorias biológicas relacionadas com as causas do envelhecimento em 2 grupos:

- **As Teorias Estocásticas** – consideram que o envelhecimento é uma consequência de lesões contínuas, que por sua vez levam ao desgaste e à morte, porque

a utilização permanente dos processos de metabolismo, das proteínas e, no que respeita ao DNA (Ácido Desoxirribonucleico), as contínuas lesões que ocorrem nas células dos organismos vivos, impossibilitam que os mecanismos de reparação consigam corrigir todos os erros, sendo estes erros cumulativos ao longo da vida (Pinto, 2001, p. 18).

Deste grupo fazem parte as seguintes subteorias: a teoria da lesão/reparação do DNA; a teoria das radiações; a teoria do erro catastrófico; a teoria de “*crossiling*” e a teoria do desgaste e ruptura.

- **As Teorias Deterministas** – defendem que o envelhecimento é uma consequência directa de um programa genético. O genoma é comparado a um tipo de relógio molecular e biológico. Estas teorias consideram que a espécie tem uma longevidade máxima marcada (o cão vive em média 10 anos, o rato 1020 a 1050 dias e o homem até aos 120 anos).

No conjunto das teorias biológicas estocásticas e deterministas, destacam-se as mais estudadas:

- **A Teoria Genética** – incide nos estudos de Hayflick, designados mais tarde por **limite de Hayflick**. Os estudos realizados em culturas celulares de fibroblastos permitiram verificar que há um limite potencial de replicação, isto é, a capacidade de divisão celular

diminui consoante o tempo de divisão celular, havendo como que uma senescência replicativa das células (estas não se dividiam mais do que um determinado número de vezes). Na senescência replicativa, a capacidade de replicação celular no dador mais idoso é menor, sendo este fenómeno programado e pré-determinado no genoma, com o fenotipo dominante (Pinto, 2001);

- **A Teoria das Telomerasas** – argumenta que o encurtamento gradual dos telómeros contribui para que a célula abandone o ciclo celular e para que os cromossomas fiquem “pegajosos” e fracturem. Para esta teoria, o encurtamento parece ser uma das possíveis explicações do processo de envelhecimento (Pinto, 2001).

Modificações Biológicas

As modificações morfológicas e fisiológicas que podem acontecer na pessoa que está a envelhecer dependem da variabilidade individual e das diferenças no padrão de envelhecimento dos vários sistemas orgânicos no mesmo indivíduo.

De acordo com Vaz-Serra (2006), Roach (2003), Papaléo-Netto (2002), Eliopoulos (2001), Zimerman (2000), Arcand e Hébert (1997) e Berger e Mailloux-Poirier (1995), descreve-se sumariamente as modificações que ocorrem no envelhecimento:

- **Alterações nos tecidos e órgãos**, que ocorrem devido às alterações celulares (o número de células diminui gradualmente, restando menos células funcionais no organismo, e o líquido extracelular permanece razoavelmente constante, mas o intracelular diminui), que por sua vez levam à modificação da secreção das moléculas dos tecidos intersticiais e a uma evolução contínua das interações celulares, conduzindo ao declínio das funções físicas a vários níveis (lentificação do comportamento motor, redução da capacidade autonómica e adaptativa) e ao aumento do tecido conjuntivo no organismo;
- Diminuição da taxa de metabolismo basal;
- Redução de oxigénio no cérebro, devido ao défice da circulação cerebral;
- Diminuição da acuidade visual e auditiva para altas-frequências;
- Sensibilidade diminuída para o sabor e o olfacto;

- Redução da sensibilidade à dor e à vibração;
- Susceptibilidade aumentada às variações térmicas;
- Problemas gastrointestinais (dificuldades de excreção e alterações na motilidade intestinal);
- Deterioração e perda de dentes;
- Cabelo grisalho e pouco abundante;
- Pele seca, fina, enrugada e com pigmentação cutânea;
- Perda do tónus e atrofia muscular;
- Diminuição da função renal;
- Diminuição do rendimento cardíaco;
- Perda de elasticidade do tecido conectivo;
- Perda de neurónios a nível do sistema nervoso central.

1.2.1.2 Dimensão Psicológica

Nas últimas três décadas, numa perspectiva desenvolvimental, a psicologia do envelhecimento tem procurado analisar e explicar as mudanças, os ganhos e as perdas, ao longo de todo o arco da vida, particularmente na velhice, atendendo às diferentes dimensões bio-psico-social-espiritual (Oliveira, 2005).

A dimensão psicológica no processo de envelhecimento abrange as mudanças cognitivas, os desafios da vida subjectiva de cada um, as tarefas e possibilidades, e as capacidades de adaptação constante às modificações impostas pelo meio.

Diante o exposto, entende-se que envelhecer e velhice podem ser processos difíceis para algumas pessoas, sobretudo quando existe a vivência do preconceito de que o “envelhecimento acarreta profundas mudanças cognitivas e físicas que interferem com a capacidade da pessoa para se empenhar no emprego produtivo” (Atcheley, 1996, p. 439). A visão pessimista centrada no

declínio das capacidades cognitivas é contrariada por Fonseca (1996), ao afirmar que as aptidões cognitivas são pouco afectadas até uma idade tardia, o que significa que qualquer ser humano, independentemente da sua experiência ou idade, da etiologia do funcionamento do seu potencial e do seu contexto cultural, está aberto à modificabilidade cognitiva, é capaz de se adaptar, independentemente do seu percurso educacional ou social desfavorecido.

Simões (2006, p. 53) reforça a opinião do autor supracitado, ao referir “...que mesmo os adultos mais velhos mantêm o potencial cognitivo necessário para desempenharem, satisfatoriamente, as tarefas do seu dia-a-dia”.

A eficácia cognitiva até uma idade avançada depende de factores sociais, culturais, económicos, educacionais, do grau de actividade e de bem-estar. Simões (2006) confirma esta afirmação ao referir que, para conservar as capacidades do idoso, é fundamental que este seja saudável e se mantenha intelectualmente activo, com os sistemas sensoriais em boa forma, nomeadamente a visão e a audição.

De acordo com os autores consultados [Simões (2006), Oliveira (2005), Spar e La Rue (2005)], segue uma descrição sumária das aptidões cognitivas estudadas na pessoa idosa:

- A performance intelectual diminui à medida que se avança na idade. O declínio é mais acentuado na inteligência fluida do que na inteligência cristalizada;
- Dificuldades nas competências psicomotoras e perceptivas;
- A atenção selectiva e dividida declina ligeiramente nas tarefas complexas;
- A atenção focalizada mantém-se intacta;
- Dificuldade em compreender mensagens longas;
- Declínios relativamente sem importância na memória a curto termo (mais passiva) e substanciais na memória de trabalho;
- Dificuldades mais sérias na memória a longo termo (secundária);
- A aprendizagem suscita dificuldade relativamente às estratégias a usar no processamento de nova informação;
- Dificuldade no raciocínio abstracto e na concentração.

Teorias Psicossociais

As teorias psicossociais do envelhecimento (desenvolvidas por psicólogos, antropólogos, assistentes sociais e outros profissionais) exploram os processos mentais, o comportamento e os sentimentos das pessoas durante o ciclo de vida e alguns mecanismos que usam para enfrentar os desafios da velhice. Do conjunto de teorias formuladas e publicadas, optou-se por apresentar apenas algumas:

- *A Teoria do Desinvestimento (Disengagement Theory)* de Cumming e Henry (1961) postula que o adulto, no decurso do processo de envelhecimento, se vai desinvestindo ou afastando gradualmente dos papéis sociais anteriormente assumidos, centrando-se mais no “eu” e envolvendo-se menos social e emocionalmente. O afastamento da pessoa foi criticado por diversos autores, nomeadamente Havighurst, por considerarem que a pessoa pode investir noutros papéis;
- *A Teoria da Gerotranscendência* (Tornstam, 2003) surgiu da contestação e reformulação da Teoria do Desinvestimento nos anos 90, defendendo que, na velhice, a visão materialista da vida vai sendo substituída pela visão transcendente, conferindo à pessoa idosa maior satisfação com a vida. O pensamento nesta teoria é interpretado de forma mais holística, englobando diferentes dimensões: subjectivas, emocionais, objectivas e racionais. O conceito de transcendência integra três níveis de mudança ontológica: o nível cósmico (alterações no tempo, espaço, sentido de vida, morte e comunhão com o espírito do universo); o nível do “eu” (passagem do egocentrismo ao altruísmo, integração dos vários aspectos do eu) e o nível das relações interpessoais e sociais (valorização das relações profundas e não superficiais, da solidão e da reflexão);
- *A Teoria Gerodinâmica ou teoria da bifurcação (Branching Theory)* desenvolvida por Schroots (1996) inspira-se na teoria geral dos sistemas, especificamente na lei termodinâmica e na teoria do caos de Prigogine. O envelhecimento dos sistemas vivos gera uma série de transformações não lineares promotoras da desordem sobre a ordem, até à morte. A teoria da bifurcação considera o comportamento ramificado aos três níveis de funcionamento – biológico, psicológico e social –, podendo cada um destes níveis dirigir-se para estruturas superiores (benéficas) ou inferiores (degenerativas);
- *A Teoria da Actividade* (Havighurst, 1963) é antagónica à teoria do “desinvestimento” e proclama que a pessoa idosa deve dar continuidade ao estilo de vida adaptado na meia-idade, negando a existência da idade avançada pelo maior tempo possível. Além disso, defende que a sociedade deve tratar de forma idêntica idosos e pessoas de meia-idade, no que respeita a normas,

actividades, interesses e envolvimento. Recomenda a manutenção da vida activa e sugere que as pessoas devem resistir ao declínio da saúde, à perda de papéis, à redução do rendimento económico e do círculo de amigos. A teoria tem como aspecto positivo a “actividade” porque promove o bem-estar físico, mental e social, mas pode ser considerada exigente pelos idosos que desejam papéis menos activos;

- *A Teoria da Continuidade* (Neugarten, 1964), designada também por teoria do desenvolvimento, refere que a personalidade e os padrões básicos de comportamento não mudam no envelhecimento. São os padrões desenvolvidos durante a vida que irão determinar se as pessoas permanecerão integradas e activas ou excluídas e inactivas. Os aspectos positivos da teoria são os seguintes: (a) reconhecer que as características inerentes a cada pessoa permitem múltiplas adaptações ao envelhecimento e um potencial para diversas reacções e (b) considerar o envelhecimento como um processo complexo em maior extensão do que a maioria das outras teorias.

1.2.1.3 Dimensão Social

O envelhecimento social é um processo de mudança nos papéis e comportamentos dos anos mais tardios da vida adulta e diz respeito à adequação dos papéis e dos comportamentos dos adultos mais velhos ao que é normalmente esperado para as pessoas nessa faixa etária (Birren & Schroots, 1984). A esta perspectiva, Confort (1979) deu o nome de **envelhecimento sociogênico**.

O envelhecimento social depende dos valores e da ideologia de cada contexto histórico e cultural. Na sociedade pré-industrial, o idoso foi valorizado e integrado no seio da família, ao passo que, na sociedade contemporânea, após a industrialização, o idoso foi colocado na periferia dos sistemas como obstáculo inerte, perdendo espaço e valor. Esta atitude, segundo Schachter-Shalomi e Miller (1996, p. 55), contribuiu não só para a gerontofobia (medo irracional da idade avançada baseada nos estereótipos culturais de enfraquecimento de idosos), como também para a representação social do idoso como um ser frágil e incapaz, podendo levar a pessoa idosa a aceitar essa realidade como sua, assumindo uma atitude de conformismo ou de auto-desvalorização, geradora de alterações no estado de saúde.

As diversas perdas, nomeadamente de um lugar social valorizado como indivíduo produtivo, de papéis sociais e económicos, levam o idoso a um maior isolamento. A ausência de projectos de

vida e a falta de reconhecimento pela cessação de responsabilidades sociais e parentais podem gerar sentimentos de fragilidade, incapacidade, inutilidade, baixa estima, dependência, desamparo, solidão, desesperança e vazio existencial (Zimerman, 2000).

A influência que os factores descritos possam ter na pessoa idosa depende, segundo Miranda-Santos (1979), do significado que cada homem atribui à velhice, encarando-a como:

- uma realidade viva – constituída por transformações bióticas e imagens (relacional, auto e hetero-pessoal) positivas e conducentes à transformação. A velhice passa a ser um tempo de continuidade, de realização pessoal, de renovação e de interacção social;
- uma imagem sofrida – quando as transformações bióticas se acentuam e as imagens (pessoal e interpessoal) falham. A velhice torna-se desagradável e sem sentido existencial.

Actualmente, de acordo com o Plano de Acção Internacional da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (Madrid, 8 a 12 Abril de 2002) promovida pela ONU (2002), as políticas sociais tentam inverter a desvalorização atribuída a este grupo etário, reformulando o ciclo de vida na organização social de acordo com o duplo movimento **longevidade-rejuvenescimento**, projectando uma nova ideia de velhice construída em torno do conceito produtivo.

1.2.1.4 Dimensão Espiritual e Religiosa

A abordagem destas duas dimensões no envelhecimento passa inicialmente pela clarificação de conceitos: dimensão espiritual e espiritualidade, por um lado, e dimensão religiosa, religião e religiosidade, por outro.

Dimensão espiritual e espiritualidade

A dimensão espiritual surgiu previamente indiferenciada da dimensão religiosa. O declínio das instituições religiosas, o aumento das expressões individuais da fé e o pluralismo religioso contribuíram para que a preferência pela dimensão espiritual aumentasse substancialmente no índice da religião de 1940 e 1950 até ao presente e assumisse um construto próprio (Hood, 2003; Hill *et al.*, 2000; Zinnbauer, Pargament & Scott., 1999).

De acordo com Taylor (2002), a dimensão espiritual é uma força interior, anímica, unificadora e individual que transcende a dimensão física e psicológica (o conhecimento íntimo do *self* e a identidade do *self*) e que pode ser rotulada como espiritualidade.

A espiritualidade, segundo Faiver, Ingersoll, O'Brien, e Macnally, (2001), é uma qualidade humana inata que encerra, segundo Moberg (2002), quase tudo o que pertence ao espírito. A palavra espírito deriva do latim "*spiritus*", que por sua vez provém do grego "*pneuma*", significando **sopro vital** da inspiração e expiração, que se apresenta como sinal de vida (Renaud, 2008; Mcsherry, 2006; Young & Koopsen, 2005; Burkhardt & Nagai-Jacobson, 2002).

O espírito promove no homem a abertura ao mundo e move-se, naturalmente, na direcção de tudo aquilo que identifica a vida. Renaud (2008, p.160) realça que "o ser Humano (...) está permanentemente no caminho da sua realização espiritual".

Fetzer (2003, 1999) considera que a espiritualidade está envolvida com o transcendente e que se dirige a questões fundamentais acerca do sentido de vida, com a suposição de que há mais vida do que nós vivemos ou compreendemos.

Tanyi (2002) encara a espiritualidade como a procura pessoal de sentido/objectivo de vida e o vínculo com o *self* escolhido e/ou as crenças, valores e práticas que dão sentido à vida, inspirando e motivando os indivíduos a encontrar um óptimo bem-estar.

A revisão da literatura evidencia que a espiritualidade:

- é a essência da vida que dá energia ao pensamento e à acção, segundo Taylor (2002), e que pode ser visível em dois tipos de relacionamento: **vertical** – com Deus ou o poder elevado – e **horizontal** – com o *self*, os outros e a natureza (O'Brien, 2003; Pesut, 2002; Emblen, 1992; Stoll, 1989);
- é um fenómeno multidimensional, dinâmico e integrativo, constituído por muitas dimensões: consciência do *self*; crença em Deus ou num Ser Supremo; relacionamento harmonioso com o *self*; Deus, os outros e o meio ambiente; o sentido e objectivo de vida; o perdão, os valores e as crenças; a transcendência, a esperança e a compaixão (Dossey *et al.*, 2005; Coyle, 2002; Tanyi, 2002; Meraviglia, 1999; Neill & Kenny, 1998; Mcsherry & Draper, 1998);
- pode ser considerada como "uma metamotivação existencial" (Barbosa, 2010, p. 603);

- permite “ vivenciar um sentido transcendente na vida e envolve conceitos de «fé» e/ou «sentido». A fé está frequentemente associada à religião e às crenças religiosas; o sentido é um conceito mais universal, porque pode existir em pessoas com ou sem religião” (Breitbart, 2003, p. 59);
- promove a esperança (Mahoney & Graci, 1999);
- é um conceito distinto de religião (na perspectiva fenomenológica e existencial), segundo Mcsherry e Cash (2004); Hill, Pargament e Kenneth (2003); Baldacchino e Draper (2001); Richards e Bergin (2000), apresenta um significado mais amplo (Burkhardt & Nagai-Jacobson, 2002; Pargament, 1999; Cawley, 1997);
- não tem uma definição universal, pois o seu conceito é subjectivo, pessoal e individual (Coyle, 2002);
- se aplica a crentes e a não crentes (Cawley, 1997);
- pode ser expressa através de rituais (oração, meditação, veneração de imagens...) e da actividade espiritual mais básica no homem (Streeter, 1996): a interrogação;
- é uma estratégia de *coping* no envelhecimento, na velhice, na doença (Isaia, Parker & Murrow, 1999; Krause, 1998; Landis, 1996);
- promove no idoso a aceitação do passado, contribui para a satisfação do presente e fornece esperança para o futuro (Fischer, 1998);
- fornece suporte/apoio durante as fases de múltiplas perdas (Idler, 2004; Fischer, 1998);
- é uma dimensão importante na saúde e bem-estar e no cuidado de saúde holístico (Dossey, 2001; WHO, 1998);
- é um conceito major nas teorias de enfermagem de Betty Neuman, Margaret Newman, Rosemary Parse e Jean Watson (Martsolf & Mickley, 1998);
- provém da inteligência espiritual (Zohar & Marshall, 2004).

Dimensão religiosa, religião e religiosidade

A dimensão religiosa faz parte da estrutura ontológica do ser humano e desenvolve-se através da religião.

Segundo Matthews e Clark (1998), o termo religião deriva do latim “*religare*” e “no seu sentido originário é o que liga e religa todas as coisas, o consciente com o inconsciente, a mente com o corpo e a pessoa com o cosmo” (Pessini, 2004, p. 55).

De acordo com Paloutzian e Park (2005), o conceito de religião é multidimensional e distinto da espiritualidade, conforme referem Matthews e Clark (1998), quanto a diversos aspectos:

- A religião centra-se na comunidade religiosa e a espiritualidade no crescimento individual;
- A religião é mais fácil de identificar e medir do que a espiritualidade;
- A religião é mais formal no culto e prescritiva formalmente em relação aos comportamentos do que a espiritualidade;
- A religião baseia-se nos comportamentos observados e centra-se no externo (práticas observáveis) e a espiritualidade baseia-se mais na emoção e centra-se nas experiências interiores.

O grau de participação ou de adesão a crenças e práticas de uma religião organizada designa-se religiosidade (Mueller, Plevak & Rummans, 2001).

A religiosidade, segundo Fetzer (2003, 1999), envolve sistemas de culto e de doutrina compartilhada dentro de um grupo e pode ter, conforme referem Allport e Ross (1967), duas orientações:

- intrínseca – a pessoa internaliza as suas crenças de tal modo que a religião (força major) faz parte integrante da sua vida diária;
- extrínseca – a pessoa utiliza a religião como forma de atingir os seus próprios fins (encontrar segurança, status social, consolo e interação social). O compromisso com os valores religiosos é mais superficial.

Baker (2003) considera que a religiosidade pode ser organizada (práticas religiosas públicas na igreja ou sinagoga) e não organizada (práticas religiosas privadas: oração pessoal, meditação, leitura de textos religiosos e da Bíblia, audição de música religiosa e visualização de programas religiosos na televisão).

Espiritualidade e religiosidade na pessoa idosa

As questões de ordem metafísica iniciam na meia-idade, com tendência a acentuar-se com o passar dos anos, conforme se pode verificar nas seguintes teorias do desenvolvimento do adulto:

- Jung (1988) sugere que na 2ª metade da vida (velhice), a pessoa inicia o ciclo cósmico, voltando-se para dentro de si mesmo, podendo esta auto-exploração ajudar a encontrar sentido e plenitude na vida;
- Maslow (1970), na sua teoria da motivação, ao definir a auto-realização, dá margem a uma associação entre o desenvolvimento e o aparecimento de preocupações de carácter metafísico e religioso. O estudo realizado por Maslow (1970) sobre as características de pessoas psicologicamente saudáveis e auto-realizadas demonstrou que a auto-realização e a sensação de **experiência mística** são características de pessoas maduras;
- Frankl (1966) destaca que o verdadeiro objectivo da existência humana não pode ser encontrado na auto-realização, porque é inatingível. A auto-realização só é possível quando a pessoa se compromete com o preenchimento de significado na sua vida. Deste modo, a auto-realização não pode ser alcançada como um fim em si mesma, mas como um efeito, através da auto-transcendência;
- Adler (1982) refere que a vida e as suas expressões psíquicas se movem em direcção a uma perfeição cada vez maior. O ser humano tem a tarefa de encontrar um significado para a vida ou espiritualidade, através do relacionamento com Deus ou um Ser Superior, do respeito consagrado à sua religião, do seu lugar no universo (como é que ele se vê em comparação com o infinito), da vida espiritual (tem a ver com imortalidade) e do significado da vida (tarefa espiritual);

- Erikson (1959, 1950) considera o desenvolvimento como um processo epigenético com sequência de oito estágios ou idades, cada estágio envolvendo a superação de um conflito. O oitavo estágio (**integridade versus desespero**) aborda que a integridade significa a aceitação do próprio curso de vida como uma sensação de ordem e de sentimento espiritual do mundo e da existência. Num trabalho posterior, Erikson, Erikson e Kivnick (1986) realçam a velhice e sugerem um nono estágio de desenvolvimento, destacando a importância da identidade psicossocial e existencial com toda a humanidade, tal como é configurado na tradição religiosa;
- Bühler (1968) apresenta o desenvolvimento psicológico ordenado em cinco fases: as duas primeiras de expansão, a terceira de culminação, a quarta de auto-avaliação de resultados quanto ao cumprimento de metas e a quinta de declínio, mas com a possibilidade de ser a melhor etapa, em busca de sentido para a vida;
- Frenkel (1936), discípulo de Buehler, notou que as pessoas na quinta fase do desenvolvimento descrita por Buehler se ocupam de questões religiosas;
- Levinson (1978) propôs em 1986 o conceito de estrutura da vida constituído por relacionamentos da pessoa com vários outros do mundo externo, podendo o outro ser a pessoa, um grupo, a instituição ou cultura, um objecto ou um lugar. Estes relacionamentos envolvem um investimento do *self* e apresentam estabilidade e mudança porque evoluem com o passar do tempo. A tarefa principal da vida adulta, de acordo com Levison, seria a tendência à revisão do curso de vida que com o passar dos anos seria de auto-realização ou de fracasso;
- Mead (1934), na teoria psicossocial do desenvolvimento, destacou a tendência **centrípeta** que existe no sistema de personalidade da pessoa com idade mais avançada, onde os processos internos são mais relevantes que os externos. Esta teoria abriu portas também para as questões religiosas;
- Tornstam (2003), na teoria da gerotranscendência, aborda a tendência dos idosos muito velhos para a transcendência cósmica.

Teorias do desenvolvimento da espiritualidade, da religiosidade e da moral

As teorias do desenvolvimento espiritual e religioso, tais como as teorias psicológicas, encaram o homem com potencialidades para alcançar um estágio de desenvolvimento com um denominador comum – a 'transcendência' – e consideram que a maturidade espiritual, religiosa e moral pressupõe a maturidade psicológica.

Do conjunto das teorias formuladas, optou-se por apresentar as seguintes:

- Wilber (1981), na sua teoria do desenvolvimento ontogenético, aborda o desenvolvimento da criança, do adulto e do espírito. Este modelo tem sido chamado de modelo de desenvolvimento psicológico de espectro total. A teoria liga os estágios da infância, da vida adulta e espiritual num contínuo e sugere que os estágios de desenvolvimento convencional, pessoal, egóico, racional e psicológico, podem emergir nos estágios transconvencional, transpessoal, transegóico, transracional e espiritual;
- Hiatt (1986) afirma que o desenvolvimento espiritual compreende duas etapas no ciclo de vida: na primeira ocorre o desenvolvimento do ego e, na segunda metade da vida (meia-idade/velhice), a valorização do *self*, sendo este a representação psicológica do espírito. É nesta etapa da vida que a pessoa se torna conscientemente espiritual;
- Love e Talbot's (1999) referem que o desenvolvimento espiritual envolve um processo interno de busca de autenticidade pessoal, pureza e totalidade como um aspecto do desenvolvimento da identidade; transcendência contínua; conexão do *self* e de outros com a comunidade; sentido e objectivo de vida; abertura para explorar um relacionamento com um poder que existe além da existência humana;
- Fowler (1987), no estudo de desenvolvimento da fé, adopta o modelo do desenvolvimento formal-estrutural proposto por Piaget e Kohlberger, diferindo na tónica que coloca na afectividade, nos sentimentos e na imaginação. O autor identifica sete estágios: Fé indiferenciada (infância); Fé intuitiva-projectiva (3-6 anos); Fé mítica-litera (7-12 anos); Fé sintética-convencional (13 -20 anos); Fé individual-reflexiva (21-30 anos); Fé associativa ou conjuntiva (31-40 anos); Fé universalizante (>40 anos). Para o autor, a fé não envolve necessariamente conhecimentos de religião e crenças, mas a maneira dinâmica de a pessoa dar significado/sentido à sua vida;

- Allport (1950) propôs um modelo de desenvolvimento religioso constituído por três estágios que designou por **sentimentos religiosos**: credulidade crua, dúvida sobre a religião e ambiguidade (fé e dúvida);
- Oser, Gmuender e Ridz (1984) integraram, no desenvolvimento religioso, **estruturas profundas** (constituídas por dimensões bipolares: transcendência/imanência; sagrado/profano; busca de sentido/absurdo; eternidade/provisório) com o objectivo destas ajudarem a pessoa a lidar com as situações de vida. Identificaram também quatro estágios de desenvolvimento de juízo religioso, acrescentando ainda o esboço de um quinto. Cada estágio tem um binómio: liberdade/dependência.

Relativamente ao desenvolvimento moral, diversos autores defendem a existência de um paralelismo entre o pensamento moral e religioso.

Kohlberg e Power (1981) não são da mesma opinião e argumentam que o desenvolvimento moral é distinto do religioso, mas admitem a existência de um desenvolvimento paralelo das estruturas do raciocínio moral e religioso. O desenvolvimento moral, segundo Kohlberg, passa por seis estágios agrupados em três níveis:

- **nível pré-convencional** (estágio 1: obediência e punição; estágio 2: objectivo instrumental individual e da troca);
- **nível convencional** (estágio 3: relacionamentos e experiências interpessoais mútuas; estágio 4: sistema social e manutenção da autoconsciência);
- **nível pós-convencional** (estágio 5: direitos primários e do contrato ou utilidade social; estágio 6: princípios éticos e universais que requerem um estágio de orientação religiosa, a que Kohlberg (1973) designou de “estágio 7” - moralidade transcendente ou moralidade de orientação cósmica, presente na idade adulta avançada /pessoa idosa.

Espiritualidade, religiosidade e saúde

Avaliação da espiritualidade/religião

A avaliação da espiritualidade, religiosidade, segundo Hall, Meador e Koenig (2008), surgiu no final do século XIX com o contributo de James (1902) e Weber (1922). As primeiras mensurações da religião, conforme referem Hall *et. al* (2008), ocorreram no pós-guerra com vários pesquisadores [Allport & Ross (1950, 1967); King e Hurt (1967); Hood (1975); Glock e Stark (1966)], abrindo em 1970, com a secularização da sociedade americana, e reavivando

em 1980-1990, com o contributo de diversos investigadores (Koenig, Pargment & Nielsen, 1998; Larson, 1997; Pargment, 1997; Levin, 1994; Gorsuch & McPherson, 1989; Gorsuch, 1984).

O progresso nos instrumentos de avaliação em muito se deve aos investigadores da Psicologia da Religião, uma vez que eles têm verificado que a religião e espiritualidade são variáveis complexas e multidimensionais que envolvem dimensões cognitivas, emocionais, comportamentais, interpessoais e psicológicas (Moberg, 2010).

A mensuração da espiritualidade foi posterior à da religião, mas a sua expansão, conforme refere Moberg (2010), foi rápida desde 1980. Nota-se a tendência para mensurar mais a espiritualidade do que a religiosidade (Underwood & Teresi, 2002; Hatch, Burg; Naberhaus & Hellmichet, 1998).

A avaliação das dimensões **espiritual** e **religiosa** na vida da pessoa humana, em particular no envelhecimento e na saúde, é relevante para a maioria dos investigadores, razão pela qual estes têm investido na quantidade e qualidade dos instrumentos de avaliação, procurando melhorar a sua fidedignidade com o subsídio das críticas e recomendações de diversos autores:

- A maior parte das pesquisas sobre religião, espiritualidade e saúde não diferenciam a religião da espiritualidade, sendo estes termos avaliados por construtos unitários (Lawrence, 2002; Sloan & Bagiella, 2002; Sloan, Bagiella & Powell, 1999);
- Em gerontologia, entre os anos 1985 e 2002, a análise a quatro revistas relevantes evidencia que os instrumentos utilizados em diversos estudos para avaliar a religião e espiritualidade não melhoraram ao longo do tempo (Weaver, Flannelly, Strock, Krause & Flannelly, 2005);
- Usar medidas amplas para avaliar a diversidade cultural e religiosa (Hill & Pargment, 2003; Moberg, 2005; George, Ellison & Larson, 2002; Mills, 2002).

Nos últimos anos, têm sido desenvolvidas diversas medidas para avaliar religiosidade, espiritualidade disposicional e funcional, sendo algumas específicas para a saúde (Hall *et al*, 2008; Hill, 2005).

O estado de arte sobre a mensuração da religiosidade e espiritualidade pode ser analisado em Hill e Hood (1999), na sua publicação “Medidas da Religiosidade”, na qual compilaram mais de 125

escalas, e em Slater, Hall e Edwards (2001), com a referenciação de novos instrumentos de avaliação que não constam da obra de Hill e Hood (1999).

Estudos

Os primeiros estudos sobre religião e saúde foram publicados na base de dados Medline em 1975 enquanto que só em 1985 se encontra publicação sobre espiritualidade e saúde (Mills, 2002).

A associação entre religião, espiritualidade e saúde está documentada em inúmeras pesquisas científicas e a sua publicação aumentou exponencialmente nestes últimos sete/oito anos (Koenig, 2008a). Este facto pode ser confirmado na revisão efectuada à pesquisa publicada nos jornais de sociologia, psicologia, medicina e enfermagem desde 1980 [3000 estudos quantitativos examinaram o relacionamento entre religião, espiritualidade e saúde (mental e física), sendo a maioria dos resultados positivos] (Koenig, 2008a).

A realidade da investigação em Portugal, no domínio da espiritualidade, religiosidade e saúde, é bem diferente. Existem no entanto alguns estudos realizados em Enfermagem no âmbito dos cursos de Licenciatura (O lugar da esperança na aprendizagem do cuidado de enfermagem, Mègre-Pires, 2006), Mestrado (A espiritualidade no processo terapêutico, Lourenço, 2004; A esperança em cuidados paliativos, Querido, 2005; A vivência da espiritualidade na criança com doença oncológica, Lucas & Margarida-Vieira, 2008; A atenção ao espiritual – tradução e validação linguística e cultural da *spiritual assessment scale*, Rego & Margarida-Vieira, 2008) e Doutoramento (Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de Saúde, Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Presentemente estão em curso e em fase de conclusão outras investigações relacionadas com o tema, no âmbito do Curso de Mestrado e Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa/Instituto Ciências da Saúde.

Da pesquisa bibliográfica efectuada sobre o tema a estudar em diferentes bases de dados: enfermagem Nursing (Cumulative Index Nursing and Allied Health Literature - CINAHL); medicina (Medline); psicologia (PsycINFO); sociologia (Sociofile); gerontologia e geriatria (B-On); livros e dissertações, foi possível encontrar diversos artigos e estudos qualitativos e quantitativos realizados em diferentes áreas do conhecimento (enfermagem; enfermagem gerontologica e geriátrica; medicina; sociologia; psicologia, gerontologia e geriatria).

Dos estudos publicados e referenciados na bibliografia, optou-se por descrever os resultados mais significativos:

- A elevada espiritualidade e religiosidade está associada a baixos níveis de ansiedade, a uma grande adaptação à doença e uma melhor saúde mental (Koenig, 1995 b);
- A espiritualidade influencia positivamente a capacidade pessoal para participar na promoção da saúde e na sensação de bem-estar (Levin, Larson & Puchalski, 1997);
- As pessoas que são mais espirituais e que se envolvem mais em práticas religiosas vivem mais tempo (Helm, Hays, Flint, Koenig & Blazer, 2000; Hummer, Rogers, Nam & Ellison, 1999; Moberg, 1997);
- O elevado envolvimento religioso melhora a saúde física e mental e diminui a procura de cuidados de saúde (Koenig & Cohen, 2002; Koenig, McCullough & Larson, 2001; Koenig *et al.*, 1999);
- A espiritualidade e a religiosidade promovem a saúde física e mental e a qualidade de vida (Moody, 2005; Ebersole, Hess, Touhy & Jett, 2005, 2004; Koenig *et al.* 2001);
- Estudos demonstraram que a espiritualidade e a religiosidade aumentam com a idade (Moody, 2005; Ebersole *et al.*, 2005, 2004; Bono & McCullough, 2004; Eggers, 2003; Heintz & Baruss, 2001) e estão mais desenvolvidas no sexo feminino do que no sexo masculino (Wink & Dillon, 2003, 2002; Pargament, 1997; Bukhardt, 1994);
- A espiritualidade e a religiosidade das pessoas idosas geram satisfação subjectiva do bem-estar (Fetzer, 2003,1999);
- As mulheres religiosas são mais optimistas na avaliação do seu estado de saúde do que as mulheres que não o são (Wink & Dillon, 2001);
- A espiritualidade e a religiosidade ajudam os idosos a encontrar um sentido existencial nas questões mais cruciantes (Seifert, 2002; Fischer, 1998);
- A religião e a espiritualidade contribuem para a saúde e bem-estar dos idosos que residem em meio urbano (Morris, 1997; Levin, Chatters & Taylor, 1995);
- Os idosos rurais recorrem mais ao *coping* religioso e espiritual “positivo” (Yoon & Lee, 2007);

- A religião é um recurso potente na vida dos idosos rurais (Gesler, Arcury & Koenig 2000);
- A transcendência vivenciada através das experiências espirituais é um preditor importante da saúde mental e bem-estar e de uma maior qualidade de vida (Oliveira, 2008; Puchasli, 2001; Ellerman & Reed, 2001);
- As experiências espirituais e as práticas religiosas privadas são relevantes para a saúde mental dos idosos, enquanto, o *coping* religioso está relacionado com a saúde mental das idosas (Meisenhelder, 2003);
- As crenças ajudam a transcender as perdas (bio-psico-social), nomeadamente o declínio no funcionamento físico e mobilizam efeitos placebo de tolerância à dor (Braam *et al.*, 2004; Koenig & Cohen, 2002; Benson, 1996);
- As crenças contribuem para emoções positivas, atitudes optimistas e bem-estar (Kirby, Coleman & Daley, 2004; Levin, 2003, Koenig & Cohen, 2002);
- O perdão está relacionado com a melhor saúde física dos idosos (Bono & McCullough, 2004; Berry & Worthington, 2001);
- As pessoas idosas perdoam mais facilmente que os outros grupos etários: adultos e adolescentes (Toussaint, Williams, Musick & Everson, 2001; Mullet, Houdbine, Laumonier & Girard; 1998; Girard & Mullet, 1997);
- O envolvimento religioso influencia a disponibilidade ou vontade de perdoar, sobretudo nas pessoas idosas (Mullet, 2003; Edwards, 2002);
- As práticas religiosas privadas têm efeitos salutogénicos na saúde física dos idosos, especificamente no funcionamento físico (Levin & Chatters, 2008; Krause, 2004; Meisenhelder & Chandler, 2000);
- Muitos idosos referem usar a religião como estratégia de *coping* nas situações de stress (Emery & Pargament, 2004; Pargament, Koenig & Perez, 2000; Pargament, 1997);
- Os idosos recorrem mais ao *coping* religioso e espiritual positivo para lidar com a dor, *stress* ou circunstâncias adversas. (Koenig, 2008; Panzini & Bandeira, 2007; Koenig,

- 1999; Pargament *et al.*, 2000; Pargament, Smith, Koenig & Perez 1998; Koenig *et al.*, 1998);
- As pessoas que recorrem mais ao *coping* religioso e espiritual negativo apresentam valores mais baixos na qualidade de vida e na saúde física e mental, (Panzini & Bandeira, 2007; Pargament *et al.*, 2000; Pargament *et al.*, 1998; Koenig *et al.*, 1998);
 - O suporte religioso está associado a melhor saúde física e mental (Krause, 2006, 2004a, 2002; Parker , 2003; Berkman & Glass, 2000);
 - O suporte religioso proporciona integração, interação social, suporte social e emocional e é um recurso poderoso, porque ajuda o idoso a regular e gerir as emoções negativas associadas a acontecimentos de vida, como por exemplo: perdas, declínio e dor (Oliveira, 2008; Krause, 2006, 2006a, 2004; Jones, 2004; Koenig & Larson, 2001);
 - As práticas religiosas organizacionais (públicas) promovem a qualidade de vida (saúde e bem-estar) dos idosos (Moody, 2005; Koenig, 2001; Neill & Kahn, 1999; McFadden, 1996);
 - O envolvimento religioso e espiritual está relacionado com a dor corporal (Graf-Glover, 2007; Wachholtz & Pargament, 2005; Rippentrop, Altmaier, Chen, Found & Keffala, 2005; Koenig, 2001);
 - Em geral os idosos encontram na religião, mais ou menos vivida ou tradicional, um grande apoio para os ajudar a confrontar-se com as mazelas próprias da idade (Oliveira, 2008);
 - A velhice é a idade religiosa por excelência (McFadden, 2005);
 - As pessoas idosas estão mais propensas a serem religiosas (Ferraro & Kelley-Moore, 2000);
 - A religião e a espiritualidade são importantes na vida de muitos idosos (Atcheley, 2009, 2005);
 - As pessoas se tornam mais religiosas e espirituais desde a idade média à velhice (Moreira-Almeida, Neto & Koenig, 2006, Moody, 2005; Koenig, George & Titus, 2004; Wink & Dillon, 2003; 2002);

- A religiosidade está relacionada com o sentido de vida, particularmente nos idosos (Krause, 2003);
- A religião organizacional (práticas religiosas públicas) nos idosos proporciona melhor saúde mental (Chen, Cheal, Herr, Zubritokoy & Levkoff, 2007; Klemmacket *al.*, 2007 ; Braamet *al.*, 2004; Hackney & Sanders, 2003; Koeniget *al.*, 2001; Meisenhelder & Chandler, 2000a);
- A religiosidade e a espiritualidade têm um efeito positivo na saúde física dos idosos (Koenig, 2006, 2001);
- A busca de sentido existencial através da religião e espiritualidade é uma constante em todas as idades, e mais ainda nos idosos quando confrontados com momentos cruciantes e dolorosos (Oliveira, 2008);
- O sentido de vida está relacionado com a qualidade de vida (saúde e bem-estar) (Krause, 2004b);
- Efeitos negativos da religião na saúde e bem-estar das pessoas listados por vários autores: culpa excessiva, alienação e interrupção de alguns tratamentos médicos (O'Hara, 2002; Mueller *et al.*, 2001; Koenig, 2000).

2. SAÚDE E BEM-ESTAR NA PESSOA IDOSA

O termo saúde, de acordo com Berger e Maillox-Poirier (1995, p. 108), deriva da raiz latina *sanus*, que significa "são".

A WHO (1946) conceptualiza a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou incapacidade. Bircher (2005) refere que a definição é idealista no que diz respeito ao **estado completo**, porque supõe a existência de um padrão elevado. Apesar de a definição ser considerada idealista, estéril e inócua, ela marca a ruptura com o modelo médico tradicional e tem o mérito de definir a saúde pela positiva ao apresentar determinadas características, ao invés da ausência de outras (Pais-Ribeiro, 2005).

No quadro da evolução dos conceitos de saúde verifica-se que:

- Dunn (1973) define a saúde como um estado elevado de bem-estar (*wellness*) que permite à pessoa funcionar com o seu potencial máximo num contexto específico. Neste conceito, predomina a adaptação permanente da pessoa a todos os níveis, a orientação global (holística) da saúde e a interacção entre as dimensões bio-psico-social-espiritual;
- a WHO (1986) acrescenta à definição inicial o conceito de meio ambiente, propondo assim uma perspectiva ecológica que, segundo a WHO (2000), ganha cada vez mais peso;
- na sessão executiva 101 da WHO (1998), foram propostas mudanças à definição inicial de modo a adicionar um estado dinâmico não apenas de bem-estar físico, mental e social, mas também espiritual, mudanças essas que passaram a ter visibilidade no instrumento de medição da qualidade de vida: o WHOQOL (com seis domínios, sendo o sexto constituído pela espiritualidade/religião/crenças pessoais);

- Eliopoulos (2001, p. 98) refere que “uma definição melhor da saúde provém da raiz do significado da palavra inglesa *Health*, que é *Whole*, que significa o todo. Usando este fundamento, a saúde passa a ser um estado de totalidade, uma integração do corpo, da mente e do espírito para atingir a melhor qualidade de vida possível a cada dia”;
- a enfermagem, segundo a CIPE (OE, 2006, p. 95), considera a saúde como um “processo dinâmico de adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência de doença ou de enfermidade”;
- a saúde do idoso, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, tem por base o bem-estar do indivíduo (parâmetro subjectivo e individual) que nos permite ampliar o espectro de idosos que se enquadram neste conceito. Mesmo aquele que apresente algum comprometimento, mas que esteja adaptado e com um nível de satisfação que lhe permita o bem-estar bio-psico-social-espiritual, pode ser definido como **saudável** (Ramos, 2004).

A natureza evolutiva dos conceitos descritos realça a noção holística da saúde e a importância da saúde no bem-estar (físico, psicológico, social e espiritual), conforme o comprovam Burholt (2001) e Michalos, Hubley, Zumbo e Hemingway (2001) ao afirmarem que bons níveis de funcionamento físico, mental e de saúde geral têm sido associados ao bem-estar percebido e à qualidade de vida.

Em geral, segundo Santos e Paúl (2006),

tendemos a identificar o bem-estar com: desenvolvimento económico, riqueza familiar ou individual, nível de vida, estado de saúde, longevidade individual, qualidade e quantidade de serviços médicos, rendimentos ou salários, satisfação das necessidades e desejos, etc. Todos estes elementos, que individualmente ou em conjunto podem ser sentimentos transitórios, traduzem-se na qualidade de vida como expressão de bem-estar. Contudo, não podemos nem devemos interpretá-los de forma simplista (e descritiva), mas sim como um resultado da interacção entre todos os elementos (p. 158, 159).

O bem-estar, na perspectiva da CIPE (OE, 2006, p. 95), é a “imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade

consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência”. Este bem-estar, de acordo com a CIPE, pode ser:

- físico– imagem mental de estar em boas condições físicas ou conforto físico, satisfação com controlo de sintomas tais como o controlo da dor ou estar contente com o meio físico envolvente;
- psicológico– imagem mental de estar em boas condições psicológicas, satisfação com o controlo do stress e do sofrimento;
- social– bem-estar;
- espiritual– imagem mental de estar em contacto com o princípio da vida, que atravessa todo o ser e que integra e transcende a sua natureza biológica e psicossocial” (OE, 2006, p. 95).

Relativamente ao estado de saúde dos idosos, diversos estudos referem que:

- a maioria goza de saúde física, mental e social, sendo totalmente independentes mesmo quando atingem idades bastante avançadas (Santos, 2000; Hall *et al.*, 1997;
- o estado de saúde decresce com a idade (Lima *et al.*, 2009; Belvis *et al.*, 2008 ; PNS, 2004-2010; Nikolic, Surkovic & Kurgic,2003);
- o sexo feminino considera o seu estado de saúde “mau” ou “muito mau” (Lima *et al.*, 2009; Rueda Artazcoz & Navarro 2008, Sun *et al.*, 2007, PNS, 2004-2010; Dragomirecka & Selepova, 2003; Nikolic *et al.*, 2003);
- os idosos casados apresentam melhor qualidade de vida (Belvis *et al.*, 2008; Grundy & Slogett, 2003; Lucas, Monteseri & Junca 2003);
- os idosos urbanos referem ter melhor qualidade de vida que os idosos rurais (Sun *et al.* 2007);
- maior nível educacional proporciona melhor qualidade de vida (Lima *et al.*, 2009; Belvis *et al.*, 2008; Paúl, Fonseca, Martin & Amado 2005; Nikolic *et al.*, 2003; Lucas, 2003).

O estado de saúde, na perspectiva multicausal, pode ser causa da vulnerabilidade, da doença, ou contribuir para a invulnerabilidade (Pais-Ribeiro, 2005).

Doença

Na terminologia inglesa, segundo Marinker (1975) existem três designações relacionadas com o contexto de doença: *illness* – experiência subjectiva de se sentir doente; *disease* – processo patológico (ter uma doença) *sickness* – comportar-se como doente.

Pais-Ribeiro (2005) afirma que é possível sentir-se doente (*illness*) sem ter nenhuma doença (*disease*); ter uma doença (*disease*) não diagnosticada, como por exemplo a arterosclerose, e existir boa saúde. Mas sentir-se doente (*illness*) e ter saúde não são compatíveis.

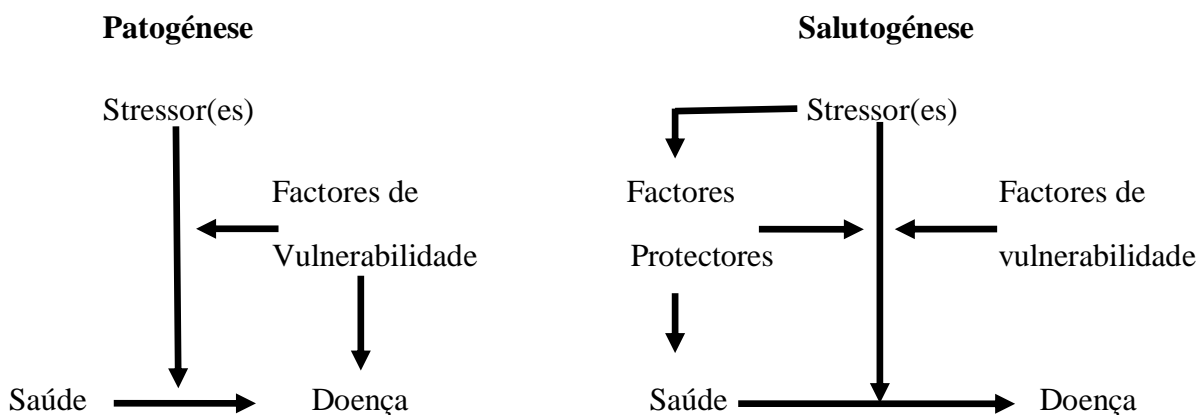
Vários estudos longitudinais confirmam o aumento exponencial da morbilidade com a idade, podendo a doença ser um factor determinante no processo individual de envelhecimento (Ermida, 1999; Hall *et al.*, 1997).

A maioria das pessoas com 65 anos de idade ou mais (80%) padece de pelo menos uma doença crónica, sendo que muitos apresentam duas ou mais (Benjamim & Cluff, 2001). Nem todas as doenças crónicas são incapacitantes (Hart, 1997).

Relação Saúde-Doença

A relação saúde- doença (Figura 1), segundo Barbosa (2010, p. 574) tem evoluído na sociedade contemporânea de um modelo centrado na patogénese para um modelo de saúde-doença integrando a salutogénese, conceito apresentado por Antonovsky em 1979, no livro *Saúde, Stress e Coping / Health, Stress and Coping*.

Figura 1 - Modelo Saúde –Doença



A orientação salutogénica insere-se no âmbito do modelo de saúde positivo que vai para além da dimensão fisiológica, incluindo o ajustamento psicológico e o funcionamento global do

indivíduo, no que concerne à qualidade da inserção do indivíduo na sua comunidade, defende que a pessoa no *continuum* saúde-doença move-se sempre para o pólo da saúde, através do *coping* adaptativo e fundamenta-se em dois conceitos (Antonovsky, 1987, 1993, 1998):

- Recursos Generalizados de Resistência (*GRR / General Resistance Resources*), o bem-estar, a força do *self*, o ambiente cultural onde a pessoa vive e o suporte social que se experimenta são elementos capazes de predizer a qualidade de vida e ajudar a lidar de forma eficaz com o *stress*, facilitando a adaptação;
- Sentido de Coerência (*SOC / Sense of Coherence*) é a variável capaz de predizer a capacidade de *coping* que se encontra estruturado por volta dos 30 anos de idade, ou seja, quando a pessoa tem estabilidade pessoal e profissional. A pessoa com um sentido de coerência forte, saberá procurar e usar os recursos para lidar com as transições de vida e encontrará rumos novos para a sua vida.

O modelo salutogénico, segundo Brooks, (1998, p. 227) “tem potencial para explicar variações de qualidade de vida na velhice”.

Para Pais-Ribeiro (2005, p. 35), a relação saúde –doença pode ser explicada através de dois modelos:

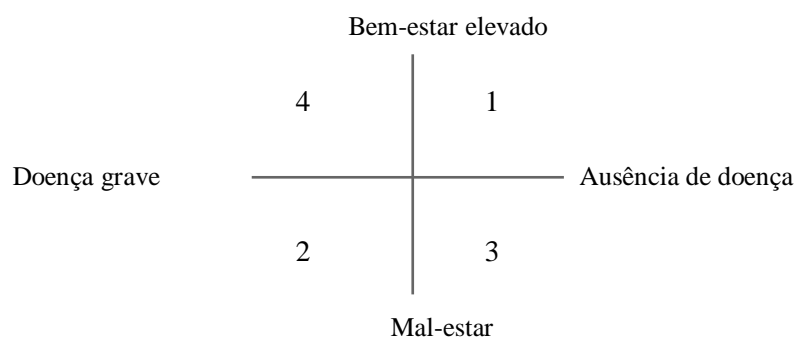
- O modelo linear (Figura 2), representado por uma recta num *continuum* com dois pólos (AB);

Figura 2 –Modelo linear da relação saúde-doença



- o modelo recente, com dois eixos (Figura 3): vertical (contínuo bem-estar elevado *versus* **mal-estar**) cruzado pelo eixo horizontal (doença grave *versus* **ausência de doença**). No **1** quadrante (ausência de doença e bem-estar elevado), no **2** quadrante (doença grave e mal-estar), no **3** quadrante (sem doença e sensação de mal-estar) e no **4** quadrante (elevado nível de bem-estar mais doença grave)

Figura 3 – Modelo recente da relação saúde-doença



A definição de saúde adoptada pela WHO (1946) enquadra-se nos dois modelos apresentados (Pais-Ribeiro, 2005).

Avaliação da saúde

A avaliação do estado de saúde visa, na perspectiva da medicina preventiva, a melhoria do estado de saúde das pessoas.

Até ao final do século XIX, as medidas de saúde usadas para avaliar o estado de saúde da população foram as estatísticas de mortalidade e, até ao início da década de 60 do século XX, os índices de mortalidade. Após a definição formal de saúde, que ocorreu na década de 40 do século XX, diversos investigadores começaram a desenvolver medidas do estado de saúde com características diferentes das anteriores:

- umas suaves ou moles relacionadas com a forma como a pessoa se sente;
- outras objectivas ou duras relativas à capacidade funcional (Pais-Ribeiro, 2005).

No âmbito das medidas do estado de saúde, realçamos o **SF-36** (avalia a percepção do estado de saúde), um questionário de saúde reduzido (*short form* de 36 itens ou SF - 36) que integra vários pontos, nomeadamente (1) conceitos de saúde expressos pelo homem comum, resultantes do estudo desenvolvido pela Universidade de Cambridge com 9000 indivíduos e dos 149 itens do *Functioning and Well-Being People* (FWBP); (2) a definição formal de saúde da Organização Mundial de Saúde e (3) o modelo multidimensional de saúde. A discriminação da medida (como avalia o seu estado de saúde: óptima, muito boa, boa, razoável ou fraca) é feita pela positiva e distingue também a pessoa saudável de outra mais saudável (Pais-Ribeiro, 2005).

A versão 1.0 é assumida por duas organizações – a *RAND* e a *Medical Outcomes Trust* (MOT) –, utilizando esta última o indicador TM ou ® de marca registada. A primeira organização designa o

questionário por *RAND 36 item Health Survey 1.0*, enquanto a segunda lhe dá a designação de SF-36™ ou SF-36 *Health-Survey* (Pais-Ribeiro, 2005).

Pais-Ribeiro (2005, p. 75) destaca que a “investigação aponta com alguma firmeza para que a avaliação do estado de saúde, baseado na percepção pessoal de Saúde, seja uma medida eficaz na predição da mortalidade. Por sua vez, as variáveis psicossociais parecem ter um papel importante nessa avaliação”.

3. ENFERMAGEM ... CUIDADO ESPIRITUAL À PESSOA IDOSA

A enfermagem é dinâmica, enriquecida pelas tradições do passado e desafiada pelas profundas mudanças na sociedade e nos cuidados de saúde (Bolander, Sorensen & Luckman, 1998).

O dinamismo referenciado pelos autores supracitados pode ser analisado na reconstituição histórica dos cuidados apresentados por Collière (1989) e reveladores de que a enfermagem é tão antiga quanto a humanidade e que, até ao aparecimento de Florence Nightingale, não lhe é reconhecido um domínio específico de conhecimentos, apenas a vocação de servir por motivações humanitárias e espirituais.

A dessacralização do poder político, a evolução científica e a relevância da saúde pública alteram a concepção de cuidados. É neste contexto paradigmático que Florence Nightingale, pioneira da enfermagem moderna e profissionalizada, rejeita os cuidados empíricos acima descritos, organiza cuidados de enfermagem centrados na pessoa saudável e doente, no ambiente e defende funções autónomas para enfermagem baseadas na formação (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 2005). Movida por este princípio, funda em 1860 a Escola de Enfermagem em Londres, liderada por uma enfermeira, com ensino teórico-prático e impulsiona a era do currículo através da difusão do seu ensino a outros países anglo-saxónicos e Estados Unidos (Bolander *et al.*, 1998).

O desenvolvimento da formação em enfermagem no âmbito da academia, a investigação e os modelos conceptuais e as teorias de enfermagem contribuíram para o reconhecimento da enfermagem como disciplina autónoma, com um metaparadigma, constituído por quatro conceitos:

- pessoa – refere-se ao indivíduo, família, grupos e comunidade;
- ambiente – refere-se a um conjunto de condições físicas, sociais, culturais, económicas, políticas que podem ter impacto na saúde da pessoa;
- saúde – refere-se ao estado de bem-estar da pessoa;
- enfermagem – refere-se ao foco e definição da disciplina, às acções de enfermagem, ao estar com a pessoa, às metas/resultados das acções.

(OE, 2002; Fawcett, 2000; Hickman, 2000; Meleis, 1997).

A disciplina de Enfermagem, segundo Fawcett (2007, 2000), estuda as interrelações entre pessoa, ambiente, saúde e enfermagem e integra múltiplos conhecimentos organizados em paradigmas, com o contributo de alguns autores de enfermagem, nomeadamente:

- Newman, (1992), Newman, Sime e Corcoran-Perry (1991), na análise epistemológica aos trabalhos realizados por colegas, quanto às orientações filosóficas, teóricas e metodológicas, agruparam-nos em três paradigmas: singular-determinista (perspectiva positivista), interactiva-integrativa (perspectiva pós-positivista) e unitária-transformativa (perspectiva construtivista);
- Fawcett (1995), no âmbito do diálogo paradigmático, agrupou esses trabalhos em três paradigmas: reacção (perspectiva positivista), interacção recíproca (perspectiva pós-positivista) e acção simultânea (perspectiva construtivista) – que coincidem com os dos autores supracitados.
- Kérouac *et al.* (2005), na análise às escolas de pensamento em enfermagem (escola das necessidades, da interacção, dos efeitos desejados, da promoção da saúde, do ser humano unitário) resultantes do reagrupamento dos conceitos da disciplina de Enfermagem, sugeriram que os paradigmas a adoptar assumissem a seguinte designação:

➤ **paradigma da categorização** (perspectiva positivista), que teve, na sociedade ocidental, duas orientações: (a) orientação para a saúde pública (desde o século XIII ao século XIX) centrada na pessoa e na doença. Os cuidados de enfermagem baseavam-se apenas nas motivações espirituais e humanitárias e (b) orientação para a doença (finais do século XIX), associada à prática médica.

Os fenómenos são específicos, isolados, divisíveis em categorias e orientados para a etiologia da doença, o ambiente físico, cultural e social é distinto da pessoa e hostil, a saúde é definida como a ausência de doença e o tratamento centrado na etiologia. Este paradigma está associado ao desenvolvimento técnico-científico da medicina e à sua preocupação com o diagnóstico e o tratamento da doença. A redução e as inferências causais são características deste paradigma. A pessoa é definida como um todo constituído pela soma das suas partes, sendo cada parte independente. Os cuidados de enfermagem e o ensino de enfermagem estiveram estritamente ligados à medicina e ao tratamento da doença. Florence Nightingale alterou este cenário com a

profissionalização da enfermagem. Nos Estados Unidos, na primeira metade do século XX, os cuidados de enfermagem foram organizados de acordo com o Taylorismo, centrados na especialização de tarefas e na fragmentação dos cuidados (Smith & Liehr, 2008; Peterson & Timothy, 2008; Kérouac *et al.*, 2005; Lopes, 1999);

➤ **paradigma da integração** (perspectiva pós-positivista), que surgiu nos Estados Unidos nos anos 50, após a II Guerra Mundial. O desenvolvimento das ciências sociais e humanas e os contributos da psicologia individual de Adler (1935), da teoria da motivação de Maslow (1943, 1954) e da terapia centrada no cliente de Rogers (1951) confirmam o reconhecimento da importância da pessoa na sociedade (Kérouac *et al.*, 2005).

Este paradigma influenciou a orientação de enfermagem para a pessoa, sendo esta entendida como um ser bio-psico-social-cultural e espiritual com capacidade para influenciar os factores preponderantes para a saúde, desde que tenha em conta o contexto em que se encontra e as melhores condições a uma saúde óptima (Kérouac *et al.*, 2005). A enfermagem afastou-se do modelo biomédico através do desenvolvimento das teorias de enfermagem e valorizou nos cuidados de enfermagem a manutenção da saúde da pessoa em todas as dimensões e o processo de enfermagem: avaliação das necessidades de ajuda à pessoa, diagnósticos de enfermagem validados com a pessoa e intervenções de enfermagem centradas no agir com a pessoa (Meleis, 1997). A maior parte das concepções de enfermagem integram a orientação para a pessoa, sendo que os primeiros modelos conceptuais a adoptar na prática dos cuidados de enfermagem e na orientação da formação e investigação surgiram neste período (Smith & Liehr, 2008; Peterson & Timothy, 2008; Kérouac *et al.*, 2005; Lopes, 1999).

Os fenómenos são multidimensionais e os acontecimentos contextuais com múltiplas interrelações; os dados objectivos e subjectivos são valorizados; a saúde e doença são perspectivadas como entidades distintas com interacção dinâmica; o ambiente onde a pessoa vive integra diferentes contextos (histórico, social, político); as interacções entre ambiente e pessoa são circulares e ocorrem através de estímulos positivos ou

negativos e reacções de adaptação (Smith & Liehr, 2008; Peterson & Timothy 2008; Kerouacet *al.*, 2005; Lopes, 1999);

➤ **Paradigma da transformação** (perspectiva construtivista), que surge em meados da década de 70, num contexto favorável à mobilidade de pessoas e à proliferação de experiências entre o ocidente e o oriente, devido à abertura das fronteiras.

Os fenómenos são unitários; o campo do *self* é organizado e identificado por padrões e interacções com tudo o que os rodeia. Predomina a unidade global em interacção recíproca e simultânea com uma unidade global mais ampla: o mundo que o rodeia. As mudanças variam de ritmo, são unidireccionais com estádios de organização, desorganização ascendentes a níveis de organização superior e complexas (Smith & Liehr, 2008; Peterson & Timothy 2008; Kerouac *et al.*, 2005; Lopes, 1999).

A pessoa é um todo indissociável numa interrelacção contínua e recíproca com o ambiente e o mundo.

Segundo Kérouac *et al.* (2005), a saúde é unitária (**ser humano-ambiente**), evolutiva e dinâmica e faz parte da experiência humana individual, familiar e dos grupos sociais. Esta perspectiva vai ao encontro da Conferência Internacional dos Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata, organizada pela WHO (1978), com tónica na saúde para todos e na adopção de novas dinâmicas nas políticas de saúde, bem como nos cuidados da saúde centrados na promoção e protecção e no direito e dever das pessoas se envolverem individual e colectivamente no planeamento e na execução dos cuidados de saúde.

A disciplina de Enfermagem evoluiu com os diversos contributos da investigação e da abertura ao mundo das teorias de enfermagem de [Watson (1988), Rogers, (1990), Newman (1990) e Parse (1992)] (Kim & Kollak, 2006).

A natureza e a concepção dos cuidados centram-se no bem-estar percebido pela pessoa, nas directrizes de Alma-Ata e na intervenção descrita por Kérouac *et al.* (2005), segundo os quais o enfermeiro deve 'ser com' a pessoa, ou seja, enfermeiro e pessoa são parceiros nos cuidados individualizados.

A enfermagem, enquanto disciplina em Portugal, não ficou imune ao percurso descrito nos três paradigmas, ao nível quer do ensino, quer da investigação e do enquadramento conceptual da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2002).

3.1 CUIDAR EM ENFERMAGEM

Cuidar foi e será sempre o fundamento dos cuidados de enfermagem porque estimula, conforta e promove a manutenção da vida (Collière, 2003, 1989). Para a mesma autora, Florence Nightingale soube encontrar uma concepção original do cuidar centrada no que desperta, acorda e estimula as capacidades de viver, ao afirmar que “cuidar faz parte das leis da vida –«*Laws of Live*»” (Collière, 2003, p. 185).

Hesbeen (2000, p. 45) considera que os enfermeiros “são os actores privilegiados para desenvolver, concretizar e dar força à lógica do cuidar”.

No âmbito das escolas do pensamento de enfermagem, nomeadamente a Escola do Cuidar, encontramos:

- Leininger (1991, 1988, 1981), que refere que cuidar é a essência de enfermagem e o foco central, dominante e unificador. Para esta autora, cuidar é um verbo que significa assistir, ajudar, facilitar a outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas com a finalidade de melhorar ou aperfeiçoar a condição humana ou estilo de vida;
- Watson (2008, 1988, 1985), que realça que a enfermagem é a ciência e a filosofia do cuidar, como um fim em si mesmo e não um meio para atingir um fim; é uma abordagem individual, dirigida à totalidade da pessoa e que integra todas as partes num todo significativo. Cuidar é não só um conceito central e unificador de Enfermagem como ciência humana, como também um imperativo ético e moral, transpessoal, científico, humanístico e altruístico. Os valores humanista-altruista, os sentimentos de fé-esperança, a relação de ajuda-confiança, a promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos, a metodologia científica na resolução dos problemas, o ensino-aprendizagem interpessoal, a criação de um ambiente de suporte e protecção (mental, físico, sociocultural e espiritual), a satisfação das necessidades humanas básicas e o reconhecimento das forças existenciais-fenomenológicas-espirituais são factores

cuidativos, designados por “*carative factors*”, que constituem a ciência de enfermagem e orientam a prática de enfermagem;

- Roach (2002, 1993, 1987), afirma que a enfermagem é a profissionalização da capacidade humana do cuidar. A autora caracterizou o cuidar em 6 C’s: compaixão, competência, confiança, consciência, compromisso e comportamento.

Para as teorias supracitadas, os cuidados de enfermagem são simultaneamente uma arte e ciência humana do cuidar, um ideal moral e um processo transpessoal promotor da harmonia “corpo-alma-espírito”.

O cuidado humano em Enfermagem implica uma intersubjectividade humana que mantém vivo um sentido comum de humanidade, na medida em que a humanidade do enfermeiro se reflecte na humanidade da pessoa que cuida.

A OE (2002) considera que os cuidados de enfermagem têm como foco de atenção as respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida, assim como às transições vivenciadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida. Neste contexto, é essencial que a prevenção da doença e a promoção de processos de readaptação façam parte de todo esse ciclo vital, procurando a satisfação das necessidades humanas básicas fundamentais, a máxima independência na realização das actividades de vida e ainda a adaptação funcional aos défices e a múltiplos factores – através de processos de aprendizagem do utente.

A enfermagem cuida das respostas humanas, segundo o modelo holístico (valorização das dimensões bio-psico-social-espiritual), subjectivo, interactivo e humanista orientado para a experiência única da pessoa.

3.2 CUIDADO ESPIRITUAL EM ENFERMAGEM

O’Brien (2003) e Narayanasamy (2001, 1999) referem que o cuidado espiritual em enfermagem data do tempo pré-cristão (Egipto, Roma, Grécia e Israel).

Segundo Govier (2000), O’Neill e Kenny (1998), o valor espiritual do cuidado declinou com o paradigma científico e reapareceu, conforme referem Cavendish *et al.* (2004), na segunda metade do século XX, no cuidado de enfermagem holístico.

Cuidar do espírito, segundo Florence Nightingale, citada por Macrae (2001) e Dossey (2000, 1998), é um imperativo em enfermagem e na perspectiva do cuidado holístico é uma obrigação ética (Wright, 1998).

Estas recomendações são também mencionadas na

- *American Nurses Association Code of Ethics for Nursing*
- *American Holistic Nurses Association Standards of Holistic Nursing Practice*
- *Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations /JCAHO*

(Burkhardt & Nagai-Jacobson, 2002)

Rumbol (2003) refere que os enfermeiros estão numa posição ideal para promover cuidado espiritual aos utentes que manifestam essa necessidade. No entanto, alguns enfermeiros, conforme expõem Cavendish *et al.* (2004), têm dificuldades não só em estabelecer a distinção entre espiritualidade e religião, como também em identificar as necessidades espirituais e religiosas das pessoas. Por outro lado, também desconhecem a sua própria espiritualidade e sentem-se desconfortáveis com as intervenções que têm que implementar à dimensão espiritual do utente/doente, devido ao receio de impor as suas próprias crenças e à falta de conhecimentos e treino nesta área (Ross, 2006; Van Leeuwen, Tiesing, Post & Jochemsen, 2006; O'Neill, 2002).

O compromisso intencional dos enfermeiros no cuidado espiritual passa pelo conhecimento do seu próprio espírito (Burkhardt & Nagai-Jacobson, 2002).

Gray (2006) refere que os enfermeiros com níveis mais altos de bem-estar espiritual têm atitudes mais favoráveis ao cuidado espiritual e são mais sensitivos às necessidades dos utentes/doentes.

A enfermagem deve ter em conta que a qualidade do cuidado espiritual depende da profundidade, da humanidade e liberdade da relação de ajuda. Os laços de confiança na relação terapêutica permitem a abordagem das preocupações existenciais (Byrne, 2002).

O cuidado espiritual em enfermagem, segundo Govier (2000), pode ser resumido em 5 R's: razão, reflexão, religião, relação e restauração.

Sawatzky e Pesut (2005) referem que o cuidado espiritual é intuitivo, interpessoal, altruístico e integrativo no conhecimento do enfermeiro sobre a dimensão transcendente da vida e reflecte a realidade do utente/doente.

Para os autores supracitados:

- a intuição é um atributo essencial do cuidado espiritual, porque a natureza pessoal e intensa da espiritualidade pode não ser adequadamente compreendida através do pensamento racional. A intuição-discernimento existe quando os enfermeiros têm a sensação intuitiva de que o utente/doente está aberto à espiritualidade relacionada com o cuidado;
- o atributo interpessoal do cuidado espiritual refere-se ao uso do *self* através do encontro e da presença;
- o altruísmo confere ao enfermeiro direcção moral para colocar as necessidades do utente/doente em primeiro lugar;
- o atributo integrativo defende que o espírito é responsável pela integração e conexão de todos os aspectos da vida

(Sawatzky & Pesut, 2005).

O cuidado espiritual envolve avaliação do status espiritual, diagnóstico de enfermagem às alterações da integridade espiritual, planeamento do cuidado espiritual e intervenções de enfermagem tendo como foco o bem-estar espiritual e a saúde espiritual.

A avaliação do status espiritual é reconhecida como importante por várias organizações:

- *The American Association of Colleges Nursing*;
- *The Canadian Council on Health Services Accreditation*;
- *World Health Organization/WHO*;

(Young & Koopsen, 2005)

O processo de avaliação permite identificar as necessidades espirituais do utente/doente, que de acordo com Barbosa (2010, p. 622), “são as necessidades e expectativas pelas quais os seres humanos têm de encontrar um sentido, propósito e valor na sua vida”. No entanto, McSherry e Ross (2002) referem que a subjectividade da dimensão espiritual pode dificultar a avaliação do status espiritual.

O diagnóstico de enfermagem às alterações da integridade espiritual deve centrar-se:

- na angústia espiritual - distúrbio na crença ou sistema de valor que fornece força, esperança e sentido de vida (Carpenito-Moyet, 2006; Johnson, Bulechek, Dochterman, Maas & Moorhead, 2005)
- em sete questões espirituais - alienação espiritual, raiva espiritual, ansiedade espiritual, desespero espiritual, culpa espiritual, perda espiritual e dor espiritual (O'Brien, 2003).

O planeamento do cuidado espiritual deve reflectir as alterações da integridade espiritual identificadas e validadas com o utente/doente, de modo a ser realístico e centrado no utente/doente.

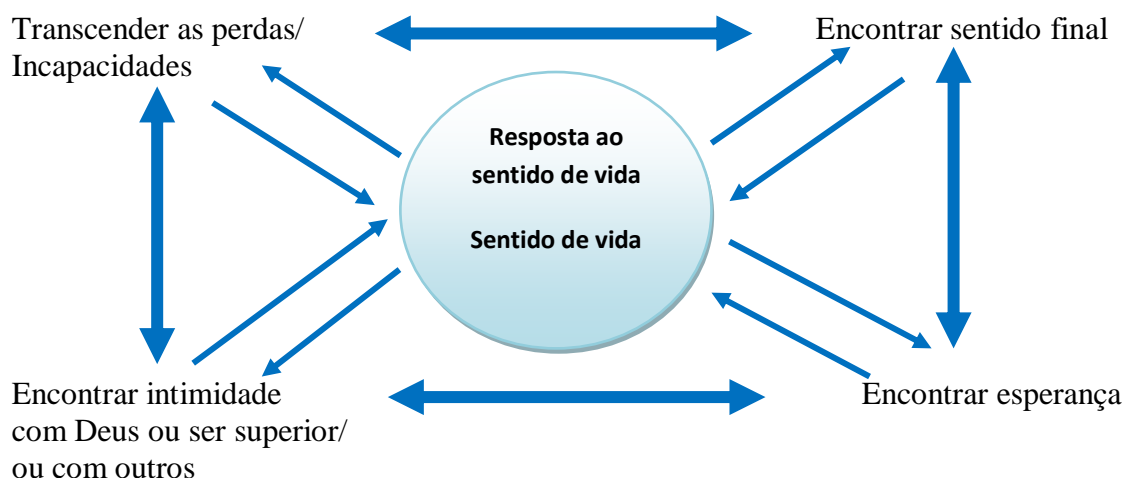
As intervenções de enfermagem focam-se:

- segundo a CIPE, no bem-estar espiritual, que segundo a OE (2006, p. 95) significa “imagem mental de estar em contacto com o princípio da vida, que atravessa todo o ser e que integra e transcende a sua natureza biológica e psicossocial”, promovendo a paz e harmonia associada a experiências passadas, esperanças futuras e objectivos;
- na saúde espiritual, que é o equilíbrio entre os aspectos biopsicossocial e espiritual da pessoa (Taylor, 2002).

Johnson *et al.* (2005) e Taylor (2002) identificaram as seguintes intervenções de enfermagem promotoras da saúde e bem-estar espiritual: (a) o apoio espiritual, (b) facilitar o crescimento espiritual, (c) ajudar a ampliar a autopercepção e a encontrar sentido de vida, (d) esclarecer valores, (e) facilitar a meditação e o perdão, (f) a escuta activa, toque terapêutico, empatia, presença, humor, suporte emocional, facilitar o contacto com a natureza e a expressão de pensamentos e sentimentos num diário, biblioterapia, musicoterapia, pintura, poesia, promover a fé e a esperança.

O cuidado espiritual em Enfermagem gerontológica e geriátrica, segundo MacKinlay (2006), deve centrar-se no modelo de tarefas espirituais da pessoa idosa (ajudar a encontrar sentido de vida, a transcender as perdas, a encontrar intimidade com Deus ou um ser superior e/ou outros, e a encontrar esperança relativamente à desesperança) (Figura 4)

Figura 4: Cuidado espiritual em enfermagem gerontológica e geriátrica



Fonte: Mackinlay (2006)

3.3. - ENFERMAGEM GERONTOLÓGICA E GERIÁTRICA

Eliopoulos (2001) refere que a enfermagem gerontológica procura ajudar a pessoa idosa a atingir níveis ideais de saúde física, psicológica, social e espiritual, visando a integridade. Os cuidados de enfermagem têm como fio condutor a promoção da independência máxima e da auto-descoberta, para que a pessoa idosa encontre sentido de vida, conexão com os outros e compreenda o seu lugar no universo.

A enfermagem gerontológica centra-se na profilaxia do envelhecimento; a enfermagem geriátrica centra-se no envelhecimento patológico, não descurando a profilaxia. Apesar de os objectivos serem diferentes, ambas têm uma finalidade em comum: o “envelhecimento activo”.

A enfermagem gerontológica e geriátrica supõe a especialidade dos conhecimentos e da prática de enfermagem, fundamentada em enfermagem geral, gerontologia e geriatria, com o objectivo de cuidar da pessoa idosa de forma holística e integral, tendo em vista a promoção do envelhecimento activo (expectativa de uma vida saudável e qualidade de vida), a longevidade, o auto-cuidado, o *empowerment*, a independência na realização das actividades de vida diária, a prevenção das doenças, a manutenção e restauração da saúde e a preservação da dignidade (Miller, 2009; Anderson, 2007; Plonczynski *et al.*, 2007; Gonçalves & Alvarez, 2004; Narayanasamy *et al.*, 2004).

Em enfermagem gerontológica e geriátrica, cuidar é um processo dinâmico, que implica conhecer a realidade do idoso, da família e da comunidade envolvente de modo a identificar as necessidades e planear intervenções de enfermagem de acordo com o modelo conceptual ou a teoria de enfermagem adoptado.

Relativamente aos modelos conceptuais e às teorias de enfermagem a adoptar em enfermagem gerontológica e geriátrica, Wadensten e Barbro (2003) analisaram os modelos conceptuais de Rogers (1970), King (1971), Orem (1971), Roy (1971), Martinsen (1978), Erikson (1979), Benner e Wrubel (1989) e as teorias de Nightingale (1946), Peplau (1952), Orlando (1961), Henderson (1964), Travelbee (1966), Leininger (1978), Watson (1979) e Newman (1982), tendo verificado que nenhum destes autores fazia referência ao envelhecimento humano nem ao cuidado de enfermagem ao idoso. No entanto, constataram em alguns, nomeadamente em King (1971), Roy (1971), Travelbee (1966), Watson (1979) e Benner e Wrubel (1989), a existência de considerações indirectas sobre aspectos do desenvolvimento humano que afectam o cuidado de enfermagem ao idoso. As mesmas autoras referem que Watson (1979, 1987, 1988, 1997) valoriza as necessidades espirituais do idoso e que há necessidade de desenvolver modelos conceptuais de enfermagem que tenham em consideração o envelhecimento e o cuidado de enfermagem ao idoso.

Estes argumentos não inviabilizam o recurso aos modelos e às teorias de enfermagem desenvolvidos porque ajudam a pensar, a conceber e a prestar cuidados de enfermagem de qualidade ao idoso.

Passado, Presente e Futuro da Enfermagem Gerontogeriatrica

Foi nos Estados Unidos que a enfermagem gerontológica e geriátrica se desenvolveu como especialidade bem antes do que na Europa. Em 1904, o *American Journal of Nursing* publicou o primeiro artigo de enfermagem sobre os cuidados dos idosos. Em 1966, a *American Nurses Association (ANA)* criou a divisão de Enfermagem Geriátrica, obtendo o reconhecimento da especialidade. Em 1974, o *American Nurses Credentialing Center* ofereceu o primeiro certificado em Enfermagem (Miller, 2009; Ebersole *et al.*, 2005; Eliopoulos, 2001).

A trajectória evolutiva da enfermagem gerontogeriatrica está associada a um conjunto de recomendações formuladas pela WHO (1974) no Plano Internacional de Acção sobre o Envelhecimento, especificamente a recomendação 7, alínea c):

“os profissionais da área da saúde e assistência (medicina, enfermagem e assistência social) devem ser treinados nos princípios e competências próprias da Gerontologia e Geriatria, PsicoGeriatria e Enfermagem Geriátrica.”

A directiva europeia n.º 77/453/CEE, de 27 de Junho, sobre a formação dos enfermeiros responsáveis por cuidados gerais inclui no programa de estudos: o *ensino teórico e técnico* sobre os cuidados de enfermagem a prestar às pessoas idosas e de geriatria; e o *ensino prático* sobre os cuidados a prestar às pessoas idosas e geriatria e cuidados a prestar no domicílio (JO, 1977). Portugal passou a integrar a directiva em questão após a assinatura do Tratado de Adesão, com a transposição para o direito interno através do Decreto-Lei n.º 320/87.

No que diz respeito ao ensino de Enfermagem em Portugal, e de acordo com Costa (2005), os planos de estudo dos cursos de Enfermagem passaram pouco a pouco a integrar novas componentes, das quais podemos destacar o ensino teórico de **cuidados de enfermagem às pessoas idosas** numa vertente mais geriátrica do que gerontológica em 1965 (CGE), 1977 (CE) e 1987 (CEG); o ensino teórico, teórico-prático e prático de **cuidados de enfermagem às pessoas idosas** nas vertentes gerontológica e geriátrica de 1995 a 1999 (CBE) e por fim o ensino teórico, teórico-prático e prático de **cuidados de enfermagem às pessoas idosas** leccionados na vertente gerontogeriatrica em disciplinas autónomas com duração de 25 a 60 horas.

A Saúde do Idoso em alguns Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem era uma área de opção nas especialidades existentes (Cursos de Enfermagem de: Saúde Pública, Saúde Comunitária e Médico-Cirúrgica) em Portugal.

A formação especializada em Enfermagem Gerontológica e Geriátrica em Portugal, no âmbito dos Cursos de Estudos Superiores Especializados, surgiu com a portaria n.º 239/94 de 16 de Abril, e foi interrompida por imperativos legais. Dos sete cursos concluídos, cinco centraram-se na formação especializada em geriatria e dois em gerontologia (Costa, 2005). A extinção dos cursos anteriormente referenciados contribuiu para que os cursos de pós-licenciatura e de especialização em enfermagem que vigoraram de acordo com as directrizes da Ordem dos Enfermeiros, não contemplassem a área de enfermagem gerontológica e geriátrica.

De acordo com a autora supracitada, a formação dos enfermeiros em cuidados gerontogeriatricos tem permanecido aquém do fenómeno de **envelhecimento demográfico** e das alterações ocorridas nas instituições e unidades de saúde (Costa, 2005).

Na actualidade, o Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (RIECE, 2011), aprovado na Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros em 29 de Maio de 2010 e publicado no Diário da República em 2011 contempla a Especialidade Clínica em Enfermagem Saúde do Idoso.

As entidades responsáveis pelo ensino de Enfermagem em Portugal e a Ordem dos Enfermeiros devem conjuntamente investir num perfil de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde do Idoso de forma a responder aos desafios:

- do envelhecimento activo preconizado pela WHO (2002) e reforçado no Plano de Acção Internacional da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (Madrid, 8 a 12 Abril de 2002) e no Plano Nacional de Saúde (2004-2010) de Portugal;
- da WHO (2003) – Curriculum de Enfermagem Gerontológica na Europa;
- da (*The European Nursing Academy for Care of Older Persons* [ENACO], 2002) /Academia Europeia de Enfermagem para o Cuidado de Pessoas Idosas, criada por um grupo de especialistas em enfermagem geriátrica de diferentes países europeus com a missão de melhorar os resultados dos idosos e dos seus cuidadores reforçando os cuidados em enfermagem gerontológica clínica, a pesquisa e a política de saúde dentro do contexto interdisciplinar, tendo como objectivos:
 - a) educar e treinar professores, mais especificamente enfermeiros com Mestrado ou especializados em Gerontologia, de forma a desenvolver e orientar no seu país cuidados de enfermagem gerontológica/geriátrica;
 - b) implementar um curriculum para a educação básica de Enfermagem Gerontológica na Europa;
 - c) desenvolver uma rede europeia de peritos especializados em Enfermagem Gerontológica (Milisen *et al.*, 2004).

PARTE II:
ESTUDO EMPÍRICO

1.METODOLOGIA

As estratégias metodológicas subjacentes ao estudo assentam: nas questões de investigação, nos objectivos do estudo, no tipo de estudo, hipóteses a estudar, população e amostra, instrumentos de investigação, procedimentos e técnicas estatísticas utilizadas.

1.1 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

As questões de investigação formuladas estão não só relacionadas com a necessidade de saber mais, saber com prioridade e operacionalizar o quadro conceptual, conforme referem Miles e Huberman (2005), como também com os objectivos do estudo.

- Qual o contributo da espiritualidade e religiosidade das pessoas idosas na saúde e bem-estar?
- Qual o contributo das variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, residência) na saúde e bem-estar e na espiritualidade, religiosidade das pessoas idosas?
- Qual o valor preditivo das variáveis espiritualidade, religiosidade e sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, residência) na saúde e bem-estar (SF-36)?
- Qual a intervenção de enfermagem a implementar nas necessidades espirituais e religiosas identificadas na pessoa idosa?

1.2 OBJECTIVOS DO ESTUDO

- Estudar a relação entre a espiritualidade, religiosidade das pessoas idosas na saúde e bem-estar.
- Estudar a relação entre as variáveis espiritualidade, religiosidade e sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, residência) e a saúde e bem-estar.

- Identificar o possível valor preditivo das variáveis espiritualidade, religiosidade e sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, residência) na saúde e bem-estar.
- Fundamentar a intervenção de enfermagem no cuidado espiritual e religioso à pessoa idosa.

1.3. TIPO DE ESTUDO

Estudo observacional (descritivo-analítico) e transversal, procurando “explicar os resultados através do exame das relações estatísticas (correlações) entre variáveis num único momento” (Pais-Ribeiro, 2007, p. 52).

As variáveis seleccionadas, de acordo com o tipo de relação que expressam no estudo foram as seguintes:

- **Dependente**
 - Saúde e bem-estar
- **Independentes**
 - Espiritualidade
 - Religiosidade
- **Atributos** (variáveis independentes de caracterização)
 - Idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, residência

1.4. HIPÓTESES

As hipóteses, segundo Creswell (2003), são predições que o pesquisador possui acerca do relacionamento entre variáveis. Neste contexto, o estudo incidirá nas seguintes hipóteses:

H1: Saúde e bem-estar (SF-36) está relacionada com a espiritualidade, religiosidade (*BMMRS*) das pessoas idosas.

H2: Saúde e bem-estar (SF-36) e espiritualidade, religiosidade (*BMMRS*) variam com as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, residência).

H3: As variáveis “religiosidade, espiritualidade da *BMMRS*” e as sociodemográficas (idade/grupo etário, sexo, estado civil, habilitações literárias, residência) são preditoras significativas da saúde e bem-estar (SF-36).

1.5. POPULAÇÃO/AMOSTRA

Da população alvo seleccionada para o estudo (idosos do Distrito de Leiria com idade igual ou superior a 65 anos, que aceitaram participar no estudo, com e sem habilitações literárias, independentes, a residir na comunidade, e inscritos no centro de dia e convívio), constitui-se uma amostra não probabilística acidental, com a seguinte dimensão: 600 indivíduos. A dimensão da amostra está de acordo com Pais-Ribeiro (2007, p. 47) quando este afirma que “o número de participantes para um tratamento estatístico adequado deve ser (...) acima de 300”.

1.6. INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO

Tendo em conta os objectivos deste estudo, assim como as características da população, elaborou-se, como instrumento de colheita de dados, um questionário composto por três partes (Anexo I):

- A **I Parte** é constituída pela caracterização sociodemográfica (**idade, sexo, estado civil, habilitações literárias residência**) da amostra;
- A **II Parte** refere-se à escala multidimensional da religiosidade/espiritualidade resultante da tradução e adaptação cultural para português Europeu da *BMMRS* (*Brief Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for use in Health Research: Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group 2003, 1999*), com a permissão dos autores do questionário original. A versão original contém 38 itens distribuídos pelas 11 dimensões/ subescalas (experiências espirituais diárias, valores e crenças, perdão, práticas religiosas privadas, *coping* religioso e espiritual (positivo e negativo), suporte religioso (benéfico e problemático), história religiosa/espiritual, compromisso, religião organizacional, preferência religiosa, auto-escala global/intensidade religiosa e espiritual). Apesar da utilização da 12ª dimensão/subescala (sentido, constituída por dois itens) ser facultativa, optou-se por utilizá-la neste estudo.

Na *BMMRS*, a religiosidade é avaliada através das subescalas “práticas religiosas privadas”, “religião organizacional” e “suporte religioso”, e a espiritualidade através das subescalas “experiências espirituais diárias”, “valores e crenças”, “perdão”, “ *coping* religioso e espiritual” e “sentido”.

Nas dimensões/subescalas, em que os itens estão ordenados segundo uma escala de *Likert*, as opções de resposta variam: nas experiências espirituais (de **1**- muitas vezes ao dia a **6** - nunca ou quase nunca), nos valores e crenças (de **1**- concordo fortemente a **4** - discordo fortemente), no perdão (de **1**- sempre ou quase sempre a **4** - nunca), nas práticas religiosas privadas (de **1**- mais de que uma vez por dia a **8**- nunca), no *coping* religioso e espiritual (de **1**- bastante a **4** -de forma nenhuma), no suporte religioso benéfico (de **1**- muita a **4** - nenhuma), no suporte religioso problemático (de **1**- muito frequentemente a **4**- nunca), na religião organizacional (de **1**- mais do que uma vez por semana a **6** nunca), na auto-escala global/intensidade religiosa espiritual (de **1** muito a **4** -nunca), no significado (de **1**- muito a **4**- nada).

- A interpretação dos valores na referida escala faz-se de acordo com as seguintes regras:
 - a) quanto mais baixo é o valor, maior ou mais: experiências espirituais, valores e crenças, perdão, práticas religiosas privadas, *coping* religioso espiritual **positivo e negativo**, suporte religioso **benéfico e problemático**, religião organizacional, intensidade religiosa e espiritual, sentido;
 - b) quanto mais elevado é o valor, menor ou menos: experiências espirituais, valores e crenças, perdão, práticas religiosas privadas, *coping* religioso espiritual **positivo e negativo**, suporte religioso **benéfico e problemático**, religião organizacional, intensidade religiosa e espiritual, sentido.

Aspectos técnicos da tradução da escala *BMMRS* (*Brief Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality*). A tradução do original inglês da escala seguiu o método de tradução recomendado por Hill e Hill (2000), isto é, tradução-retroversão (*Translate-Translate back*), com o objectivo de conseguir uma tradução que correspondesse o mais possível ao texto original e respeitasse a sintaxe, a gramática e as subtilidades da língua portuguesa.

Sumariamente o processo envolveu os seguintes passos:

1. Tradução do questionário para português (executado por dois indivíduos – um Português com conhecimentos profundos do Inglês e um investigador português com conhecimentos profundos do Inglês Americano, com experiência na elaboração de questionários e conhecedor da população a que se destina o instrumento);
2. Retroversão do questionário realizada por um terceiro indivíduo, com conhecimentos das duas línguas, Português a residir durante alguns anos nos Estados Unidos;
3. Comparação das diversas versões de cada questionário (efectuada pelo investigador e peritos ligados ao tema). As dúvidas que surgiram foram esclarecidas pelos diversos tradutores;
4. Refinamento da tradução, que permitiu confirmar a adaptação lexical e semântica de cada item à língua portuguesa. Este procedimento é considerado legítimo porque melhora a validade e a precisão aparente do instrumento (Cronbach, 1984).
Pelo facto de não haver incompatibilidade entre a tradução e a retroversão, permaneceram todos os itens.
5. Pré-teste da versão adaptada para avaliar a sua compreensão e viabilidade e aplicação da versão final em português a uma amostra constituída por 600 idosos.

Propriedades psicométricas da *BMMRS*

O estudo de adaptação do instrumento ao contexto português pretendeu não só garantir a compreensão unívoca dos itens e avaliar a sua relevância, como também estudar as respectivas qualidades psicométricas, nomeadamente a consistência interna dos itens, através do coeficiente *alpha* de *Cronbach*, conforme a recomendação do Manual do *Fetzer Institute* (2003, 1999).

Fidelidade da escala

Os valores do coeficiente *alpha* de *Cronbach* (tabela 16, p. 74-77) *situam-se entre* 0.46 e 0.97.

As subescalas “experiências espirituais”, “*coping* religioso e espiritual positivo”, “suporte religioso benéfico” e “intensidade religiosa e espiritual” obtiveram valores de coeficiente *alpha* de *Cronbach* aceitáveis (acima de 0.60), conforme refere Pais-Ribeiro (2007) e as subescalas “valores e crenças”, “perdão”, “práticas religiosas e privadas”, “*coping* religioso e espiritual negativo”, “suporte religioso problemático”, “religião

organizacional” e “sentido”, valores baixos (≤ 0.60), dado o número reduzido de itens que as integram (Pais-Ribeiro, 2007, Pasquali, 2003). A escala em estudo, na sua globalidade (com 33 itens, o $\alpha = 0.86$ e com 30 itens, segundo os normativos da *General Social Survey/ GSS*, $\alpha = 0.85$) apresenta uma fidelidade aceitável.

O valor do coeficiente *alpha* de *Cronbach* (α) varia numa escala de 0 a 1. A variação aceitável do referido coeficiente difere um pouco consoante os autores, sendo que, em alguns cenários de investigação das ciências sociais, um *alpha* de 0.60 é considerado aceitável (DeVellis, 1991). No entanto, Kelly (1927), citada por Richardson (1989) refere que, quando se tomam decisões a respeito de **grupos** (por exemplo, atitudes de um grupo) ou de **um sujeito específico**, o coeficiente *alpha* de *Cronbach* não deve ser inferior a 0.50 e 0.94, respectivamente. Os valores referenciados enquadram-se na afirmação “a maioria dos coeficientes encontram-se entre os limites 0.50 e 0.94” (Richardson, 1989, p. 137 - 138).

- A **III PARTE** refere-se ao questionário **SF- 36** (Avaliação do Estado de Saúde) versão 1.0 e Portuguesa, da *Medical Outcomes Trust* (MOT), com 8 dimensões (Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental) e mais um item de Transição de Saúde. As dimensões do questionário estão agrupadas em duas Componentes: Física e Mental. Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal e Saúde Geral inserem-se na Componente Física; a Componente Mental agrega a Vitalidade, o Funcionamento Social, o Desempenho Emocional e a Saúde Mental. Esta escala foi estudada em Portugal por Pais-Ribeiro (2005) de modo a confirmar as características métricas, com uma população normal. **SF-36** é a mais indicada, uma vez que a utilização das formas reduzidas (**SF-12** e **SF-8**) “exige cuidados especiais, para o grupo etário dos 74 anos, que devem ser acompanhadas de outras medidas complementares de avaliação” (Pais-Ribeiro, 2005, p. 132).

As propriedades psicométricas do questionário SF-36 na amostra ($n = 600$) foram apresentadas nos resultados. A inspeção da validade dos itens revela que estes apresentam boa validade convergente e discriminante (tabela 17, p. 78). Além disso, a fidelidade das dimensões (tabela 18, p.79) é aceitável, dado que os valores do coeficiente

alpha de Cronbach situam-se entre 0.62 e 0.92. A escala em estudo, na sua globalidade (com 36 itens, o $\alpha = 0.91$), apresenta uma fidelidade aceitável (Pais-Ribeiro, 2007).

O instrumento de colheita de dados, isto é o questionário, foi aplicado segundo três técnicas:

- Preenchidos pelos próprios (inquérito auto-administrado);
- No caso de os indivíduos que apresentaram dificuldade de visão ou de compreensão, quer sobre as perguntas, quer sobre o modo de responder, optou-se por dar apoio aos indivíduos sem alterar o estatuto de 'auto-resposta' do questionário, num procedimento designado por 'auto-preenchimento assistido' (Pais-Ribeiro, 2005);
- Entrevista (inquérito de administração indirecta) aos idosos que não sabiam ler e escrever e que manifestaram interesse em participar no estudo.

O período de recolha de dados situou-se entre Dezembro de 2007 e Maio de 2008.

1.7. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

No estudo efectuado, foram adoptados os seguintes procedimentos:

- 1) Formalização de pedidos por escrito:
 - ao *Fetzer Institute*, a solicitar autorização para utilizar a escala (anexo II);
 - à *QualityMetric*, a solicitar autorização para utilizar o *SF-36* (Avaliação do Estado de Saúde) versão 1.0 e Portuguesa, da *Medical Outcomes Trust* (MOT) (anexo II);
 - aos directores técnicos dos centros de dia e de convívio do Distrito de Leiria (anexo II).
- 2) Consentimento livre e esclarecido, fundamentado nas informações a dar aos participantes sobre:
 - a natureza da investigação;
 - a liberdade de participar ou declinar de participar ou abandonar a investigação;
 - a confidencialidade da informação obtida (Pais-Ribeiro, 2007; Miles & Huberman, 2005).

1.8.PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Os dados obtidos no presente estudo foram tratados informaticamente, recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), na versão 15.0, *Windows*.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados, utilizaram-se técnicas da estatística:

- 1) **descritiva** – distribuição de frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (média, moda e mediana), medidas de localização e tendência não central (quartis) medidas de variabilidade (variância, desvio padrão e valores extremos da variável, ou seja, valor máximo e o valor mínimo);
- 2) **inferencial** - para testar as hipóteses formuladas **H1** e **H2**, recorreu-se aos testes estatísticos paramétricos (teste *t de Student* para amostras independentes, teste *One-Way Anova* e teste de comparação múltipla à posterior de *Tukey*) porque: a dimensão da amostra é superior a 30; os resultados experimentais são medidos em escalas intervalares e os testes são relativamente «robustos» (Pais-Ribeiro, 2007; Pestana & Gageiro, 2005; Dancey & Rudy, 2004; Maroco & Bispo, 2003; Greene & D'Oliveira, 1991);

Para testar a hipótese formulada **H3**, *recorreu-se* ao Modelo de Regressão Linear Múltipla (*MRLM*) *stepwise* e hierárquica, porque permite analisar a relação entre a variável dependente e um conjunto de variáveis independentes (Pestana & Gageiro, 2005; Dancey & Rudy, 2004; Maroco & Bispo, 2003)

Para analisar a propriedade psicométrica, nomeadamente a fidelidade da escala *BMMRS* (*Brief Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for use in Health Research: Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group 2003, 1999*), traduzida e adaptada ao português europeu, recorreu-se ao coeficiente *alfa* de *Cronbach* (α) que fornece a medida de consistência interna.

2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados que se seguem serão apresentados na seguinte ordem: primeiro as estatísticas descritivas, relativas à amostra e aos itens da *BMMRS* e *SF-36*, seguidamente, a consistência interna e os testes de hipóteses (teste *t student* para amostras independentes, teste One-Way Anova e testes de comparação múltipla à posterior de Tukey e análise de regressão múltipla *setpwise* e hierárquica).

Caracterização Sociodemográfica

Como se pode verificar na tabela1, a idade mínima da amostra (600 indivíduos) envolvida no estudo era 65 anos e a máxima 98 anos e a idade média 78.09 anos ($DP = 7.49$). Quanto aos grupos etários constituídos de acordo com a classificação adoptada na fundamentação teórica, 32% (191) dos idosos pertenciam ao grupo etário 65-74 anos (idosos jovens); 48% (287) ao grupo etário 75-84 anos (idosos) e 20% (122) ao grupo etário > 84 anos (muito idosos). Relativamente ao sexo a maioria 74.8 % (449) era do sexo “feminino” e o estado civil mais relevante na amostra era “viúvo(a)” 61.5% (369). Em termos de habilitações literárias, 44.5 % (267) dos inquiridos possuíam “1º Ciclo do Ensino Básico Incompleto”, 27.7% (166) eram “Analfabetos” e 21.3% (128) possuíam o “1º Ciclo do Ensino Básico Completo/ 4ª Classe” e de residência 51.8% (311) dos inquiridos residiam em “Meio Urbano”.

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra (n= 600)

	n.º	%	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade			65	98	78.09	7.49
Grupo Etário						
65-74 anos (idosos Jovens)	191	32.0				
75-84 anos (idosos)	287	48.0				
>84 anos (muito idosos)	122	20.0				
<i>Total</i>	600	100.0				
Sexo						
Masculino	151	25.2				
Feminino	449	74.8				
<i>Total</i>	600	100.0				
Estado Civil						
Solteiro(a)	56	9.3				
Casado (a)/União de Facto	156	26.0				
Divorciado(a)/ Separado(a)	19	3.2				
Viúvo(a)	369	61.5				
<i>Total</i>	600	100.0				
Habilitações Literárias						
Não sabe ler nem escrever	166	27.7				
1.º Ciclo do Ensino Básico Incompleto	267	44.5				
1.º Ciclo do Ensino Básico Completo/ 4.ª Classe	128	21.3				
2.º Ciclo do Ensino Básico/ 6.º Ano de Escolaridade	10	1.7				
3.º Ciclo do Ensino Básico/ 9.º Ano de Escolaridade	12	2.0				
Ensino Secundário/ 12.º Ano	5	0.8				
Bacharelato	9	1.5				
Licenciatura	3	0.5				
Mestrado	-	0.0				
Doutoramento	-	0.0				
<i>Total</i>	600	100.0				
Residência						
Urbano	311	51.8				
Rural	289	48.2				
<i>Total</i>	600	100.0				

Escala Multidimensional da Religiosidade/ Espiritualidade (BMMRS)

Experiências Espirituais

A análise à tabela 2, permite concluir que 61.0% (366) dos inquiridos sentiam a presença de Deus “todos os dias”, 60.5% (363) encontravam força e reconforto na sua religião “todos os dias”, 56.3% (338) sentiam uma profunda paz interior ou harmonia “todos os dias”, 66.7% (400) desejavam estar mais próximo de Deus ou em comunhão com Deus “todos os dias”, 68.5% (411) sentiam o amor de Deus de forma directa ou através de terceiros “todos os dias” e 77.3% (464) referiram que eram espiritualmente tocados pela beleza da criação “todos os dias”.

Tabela 2: Caracterização da amostra no domínio “Experiências Espirituais”, BMMRS

Experiências Espirituais	Muitas vezes ao dia		Todos os dias		A maioria dos dias		Alguns dias		De vez em quando		Nunca ou quase nunca		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1. Sinto a presença de Deus	152	25.3	366	61.0	41	6.8	20	3.3	13	2.2	8	1.3	600	100.0
2. Encontro força e reconforto na minha Religião	117	19.5	363	60.5	75	12.5	24	4.0	9	1.5	12	2.0	600	100.0
3. Sinto uma profunda paz interior ou harmonia	20	3.3	338	56.3	168	28.0	59	9.8	12	2.0	3	0.5	600	100.0
4. Desejo estar mais próximo de Deus ou em comunhão com Deus	115	19.1	400	66.7	58	9.7	13	2.2	3	0.5	11	1.8	600	100.0
5. Sinto o amor de Deus, de forma directa ou através de terceiros	59	9.8	411	68.5	85	14.2	21	3.5	7	1.2	17	2.8	600	100.0
6. Sou espiritualmente tocado pela beleza da criação	43	7.2	464	77.3	62	10.3	19	3.2	11	1.8	1	0.2	600	100.0

Valores e Crenças

Relativamente a Valores e Crenças, verifica-se na tabela 3 que uma percentagem significativa da amostra concordava totalmente com as afirmações: “creio num Deus que olha por mim” 58.5% (351) e “sinto-me profundamente responsável pela redução da dor e do sofrimento no mundo” 58.2% (349).

Tabela 3: Caracterização da amostra no domínio “Valores e Crenças”, BMMRS

Valores e Crenças	Concordo Totalmente		Concordo		Discordo		Discordo Totalmente		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
7. Creio num Deus que olha por mim	351	58.5	229	38.2	9	1.5	11	1.8	600	100.0
8. Sinto-me profundamente responsável pela redução da dor e do sofrimento no mundo	349	58.2	174	29.0	9	1.5	68	11.3	600	100.0

Nas três questões do domínio "Perdão", conforme consta na tabela 4, uma percentagem significativa da amostra referenciou que sempre ou quase sempre “perdoei-me por coisas que fiz mal” 67.8% (407), “perdoei a quem me magoou” 71.2% (427) e “sei que Deus me perdoa” 81.7% (490).

Perdão

Tabela 4: Caracterização da amostra no domínio “Perdão”, BMMRS

Perdão	Sempre ou quase sempre		Muitas vezes		Raramente		Nunca		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
9. Perdoei-me por coisas que fiz mal	407	67.8	155	25.8	16	2.7	22	3.7	600	100.0
10. Perdoei a quem me magoou	427	71.2	128	21.3	32	5.3	13	2.2	600	100.0
11. Sei que Deus me perdoa	490	81.7	87	14.5	8	1.3	15	2.5	600	100.0

Práticas Religiosas Privadas

Na tabela 5, verifica-se que 59.0% (354) dos inquiridos rezavam em privado noutros lugares que não a igreja ou sinagoga *mais de que uma vez ao dia*; 53.5% (321) meditavam na sua tradição religiosa ou espiritual *mais de que uma vez ao dia*, 40.8% (245) viam e ouviam programas religiosos na televisão ou rádio *uma vez semana*, 20.5% (123) viam e ouviam programas religiosos na televisão ou rádio *uma vez por dia*, 69.3% (416) *nunca* liam a bíblia ou outras literaturas religiosas, 45.0% (271) *nunca* davam graças ou rezavam antes ou depois das refeições e 27.2% (163) davam graças *a todas as refeições*.

Tabela 5: Caracterização da amostra nas “ Práticas Religiosas Privadas”, BMMRS

Práticas Religiosas Privadas	Mais de que uma vez ao dia		Uma vez por dia		Algumas vezes por semana		Uma vez na semana		Várias vezes por mês		Uma vez por mês		Menos de uma vez por mês		Nunca		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
12. Com que frequência reza em privado noutros lugares que não a igreja ou sinagoga?	354	59.0	167	27.8	28	4.7	10	1.7	9	1.5	5	0.8	7	1.2	20	3.3	600	100.0
13. Com que frequência medita na sua tradição religiosa ou espiritual?	321	53.5	174	29.0	47	7.8	15	2.5	16	2.7	3	0.5	8	1.3	16	2.7	600	100.0
14. Com que frequência vê ou ouve programas religiosos na televisão ou na rádio?	8	1.3	123	20.5	54	9.0	245	40.8	41	6.8	12	2.0	19	3.2	98	16.3	600	100.0
15. Com que frequência lê a Bíblia ou outras literaturas religiosas?	20	3.3	37	6.2	22	3.7	8	1.3	20	3.3	18	3.0	59	9.8	416	69.3	600	100.0
							A todas as refeições		Uma vez por dia		Pelo menos uma vez por semana		Apenas em ocasiões especiais		Nunca		Total	
							nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
16. Com que frequência dá graças ou reza em sua casa antes ou depois das refeições?							163	27.2	91	15.2	45	7.5	30	5.0	271	45.0	600	100.0

Coping Religioso e Espiritual

No *Coping* Religioso e Espiritual positivo 74.0% (444) dos idosos referiram que pensavam *bastante* na sua vida como sendo parte de uma força espiritual superior, 52.5% (315) trabalhavam *bastante* como parceiros de Deus e 71.3% (428) olhavam *bastante* para Deus em busca de força, amparo e orientação. Relativamente ao *Coping* Religioso e Espiritual negativo 75.0% (450) afirmaram que *de forma nenhuma* sentiam que Deus os castigasse pelos seus pecados ou pela falta de espiritualidade, 90.3% (542) expressaram que *de forma nenhuma* Deus os abandonou e 54.3% (326) tentavam perceber *bastante* a situação e decidir o que fazer sem depender tanto de Deus.

Para 80.7% (484) dos inquiridos a sua religião estava *bastante* envolvida na compreensão e na forma como enfrentavam situações stressantes (tabela 6).

Tabela 6: Caracterização da amostra no domínio “Coping Religioso e Espiritual”, BMMRS

<i>Coping</i> Religioso e Espiritual	Bastante		Muito		Um pouco		De forma nenhuma		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
<i>Coping</i> Religioso e Espiritual positivo										
17. Penso na minha vida como sendo parte de uma força espiritual superior	444	74.0	116	19.3	31	5.2	9	1.5	600	100.0
18. Trabalho como parceiro de Deus	315	52.5	221	36.8	52	8.7	12	2.0	600	100.0
19. Olho para Deus em busca de força, amparo e orientação	428	71.3	137	22.8	22	3.7	13	2.2	600	100.0
<i>Coping</i> Religioso e Espiritual negativo										
20. Sinto que Deus me está a castigar pelos meus pecados ou pela falta de espiritualidade	5	0.8	12	2.0	133	22.2	450	75.0	600	100.0
21. Não sei se Deus não me terá abandonado	5	0.8	10	1.7	43	7.2	542	90.3	600	100.0
22. Tento perceber a situação e decidir o que fazer sem depender tanto de Deus	326	54.3	159	26.5	53	8.8	62	10.3	600	100.0
	Bastante envolvida		Relativamente envolvida		Pouco envolvida		Nada envolvida		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
23. Até que ponto está a sua religião envolvida na compreensão e na forma como enfrenta situações stressantes?	484	80.7	83	13.8	18	3.0	15	2.5	600	100.0

Suporte/Apoio Religioso

Quanto ao Suporte /Apoio Religioso benéfico (tabela 7), 34.7% (208) idosos expressaram que teriam *alguma* ajuda por parte das pessoas da sua paróquia se estivessem doentes e 15.7% (94) *muita ajuda*. Face um problema ou situação complicada 35.2% (211) idosos manifestaram que teriam *algum* reconforto por parte das pessoas da sua paróquia e 16.8% (101) *muito* reconforto.

No Suporte Religioso problemático, uma percentagem significativa 77.3% (464) dos idosos referiram que nunca foram solicitados pelas pessoas da sua paróquia; 12.3% (74) que as pessoas da sua paróquia eram *muito frequentemente* críticas para consigo, 23.0% (138) frequentemente *críticas* para consigo e 24.5% (147) críticas para consigo *de vez em quando*.

Tabela7: Caracterização da amostra no domínio " Suporte/ Apoio Religioso", BMMRS

Suporte/Apoio Religioso	Muito(a)		Algum(a)		Pouco(a)		Nenhum(a)		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Benéfico										
24. Se estivesse doente, qual a ajuda que teria por parte das pessoas da sua paróquia?	94	15.7	208	34.7	58	9.7	240	40.0	600	100.0
25. Se tivesse um problema ou se deparasse com uma situação complicada, qual o reconforto que teria por parte das pessoas da sua paróquia?	101	16.8	211	35.2	57	9.5	231	38.5	600	100.0
Problemático										
	Muito Frequentemente		Frequentemente		De vez em quando		Nunca		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
26. Com que frequência é solicitado(a) pelas pessoas da sua paróquia?	22	3.7	47	7.8	67	11.2	464	77.3	600	100.0
27. Com que frequência as pessoas da sua paróquia são críticas para consigo e para com as suas acções?	74	12.3	138	23.0	147	24.5	241	40.2	600	100.0

História Religiosa / Espiritual

De acordo com a tabela 8, 24.0% (144) dos inquiridos referiram ter tido uma experiência religiosa/ espiritual que contribuiu para mudar a sua vida e que ocorreu entre os 7 e 80 anos, sendo a idade média 39.47, com um desvio padrão de 19.77; 67.8% (407) das pessoas tiveram um aumento significativo da sua fé que ocorreu entre os 7 e 88 anos, sendo a média 44.70, com um desvio padrão de 20.30 e 4.2% (25) afirmaram ter tido uma perda significativa de fé que ocorreu entre os 15 e 81 anos, sendo a média 41.04, com um desvio padrão de 18.26.

Tabela 8: Caracterização da amostra segundo a História Religiosa/ Espiritual, BMMRS

Experiência religiosa ou espiritual	n°	%			
Sim	144	24.0			
Não	456	76.0			
Total	600	100.0			
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Se sim, idade	144	7	80	39.47	19.77
	n°	%			
Aumento significativo da fé					
Sim	407	67.8			
Não	193	32.2			
Total	600	100.0			
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Se sim, idade	407	7	88	44.70	20.30
	n.º	%			
Perda significativa da fé					
Sim	25	4.2			
Não	575	95.8			
Total	600	100.0			
	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Se sim, idade	25	15	81	41.04	18.26

Compromisso

Relativamente ao Compromisso, 53.2% (319) dos inquiridos *concordaram* e 44.0% (264) *concordaram totalmente* com a afirmação, esforço-me por transpor as minhas crenças para todos os aspectos da minha vida (tabela 9).

Tabela 9: Caracterização da amostra segundo a transposição das suas crenças para todos os aspectos da sua vida, BMMRS

Crenças	Concordo Totalmente		Concordo		Não Concordo		Não concordo De forma nenhuma		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
31. Esforço-me por transpor as minhas crenças para todos os aspectos da minha vida	264	44.0	319	53.2	12	2.0	5	0.8	600	100.0

A contribuição máxima anual da amostra para a paróquia era de 4800.00 Euros, a média 47.14 e o desvio padrão 275.43 (tabela 10).

Tabela 10: Caracterização da amostra segundo a contribuição anual (em média) para a sua paróquia ou causas religiosas, BMMRS

n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
600	0.00	4800.00	47.14	275.43

As horas gastas pela amostra em actividades que envolviam a sua paróquia/ actividades religiosas ou espirituais oscilavam entre 0.00 e 20.00 horas, sendo a média 4.80 e o desvio padrão 2.94 (tabela 11).

Tabela 11: Caracterização da amostra segundo as horas gastas (em média) em actividades que envolvem a sua paróquia, ou em actividades religiosas ou espirituais, BMMRS

N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
600	0.00	20.00	4.80	2.94

Religião Organizacional (Práticas Religiosas Públicas)

Conforme consta na tabela 12, 54.0% (324) dos inquiridos referiram que assistiam a serviços religiosos *todas as semanas* ou *mais frequentemente* e 18.8% (113) afirmaram *nunca*. Para além

dos serviços religiosos 53.5% (321) participavam *uma ou duas vezes por ano* em outras actividades em locais de culto.

Tabela 12: Caracterização da amostra segundo a Religião Organizacional, BMMRS

Religião Organizacional	Mais de uma vez por semana		Todas as semanas ou mais frequentemente		Uma ou duas vezes por mês		Todos os meses		Uma ou duas vezes por ano		Nunca		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
34. Com que frequência assiste a serviços religiosos?	63	10.5	324	54.0	29	4.8	12	2.0	59	9.8	113	18.8	600	100.0
35. Para além dos serviços religiosos, com que frequência participa em outras actividades em locais de culto?	20	3.3	46	7.7	14	2.3	4	0.7	321	53.5	195	32.5	600	100.0

Preferência Religiosa

A amostra em estudo era maioritariamente 92.8% (557) católica (tabela 13).

Tabela 13: Caracterização da amostra segundo a sua Preferência Religiosa actual, BMMRS

Religião	n.º	%
Crentes		
Católicos	557	92.8
Protestantes	34	5.7
Não crentes		
Agnósticos	4	0.7
Ateus	5	0.8
Total	600	100.0

Auto – Escala Global (Intensidade Religiosa/Espiritual)

Na tabela 14 é possível observar que 51.0% (306) da amostra considerou ser uma pessoa *moderadamente* religiosa e 42.2% (253) muito religiosa. Relativamente à intensidade espiritual, 57.2% (343) considerou ser uma pessoa *muito* espiritual e 37.7% (226) *moderadamente* espiritual.

Tabela 14: Caracterização da amostra segundo a Intensidade Religiosa/Espiritual, BMMRS

Intensidade religiosa/espiritual	Muito		Moderadamente		Ligeiramente		Nada		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
37. Até que ponto se considera uma pessoa religiosa?	253	42.2	306	51.0	30	5.0	11	1.8	600	100.0
38. Até que ponto se considera uma pessoa espiritual?	343	57.2	226	37.7	27	4.5	4	0.7	600	100.0

Apêndice – Significado /Sentido

De acordo com os resultados apresentados na tabela 15, 52.3% (314) dos inquiridos *concordaram totalmente* e 44.3% (266) *concordaram* com o facto de que os acontecimentos da sua vida vão se desenrolando de acordo com o plano divino ou superior; 70.3% (422) dos inquiridos *concordaram totalmente* e 26.2% (157) *concordaram* com o sentimento de missão ou chamamento que tinham na sua vida.

Tabela15: Caracterização da amostra segundo o sentido/significado, BMMRS

Significado / Sentido	Concordo Totalmente		Concordo		Discordo		Discordo Totalmente		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
1. Os acontecimentos na minha vida vão-se desenrolando de acordo com o plano divino ou superior	314	52.3	266	44.3	9	1.5	11	1.8	600	600
2. Tenho um sentimento de missão ou chamamento na minha vida	422	70.3	157	26.2	7	1.2	14	2.3	600	100.0

A tabela 16, exhibe a estatística descritiva (medidas de tendência central e de variabilidade) e a fidelidade [consistência interna: *alpha Cronbach* (α)] dos domínios da BMMRS na amostra em estudo e da *General Social Survey/ GSS, 1998*. Os valores do coeficiente *alpha* de Cronbach conforme constam na tabela 16 (p. 74-77) situam-se entre 0.46 e 0.97.

Tabela 16: Resultados da amostra na BMMRS e do NIA/ Fetzer -GSS

Breve Medida Multidimensional de Religiosidade/Espiritualidade (BMMRS)	Amostra (n = 600)						Valores GSS* (n= 1445)					
	Amplitude de da escala	Média	Desvio Padrão	Média	Média	α	Amplitude de da escala	Média	Desvio Padrão	Média	Média	α
				Masculino (n=151)	Feminino (n=449)					Masculino	Feminino	
Experiências Espirituais						0.81						0.91
1.Sinto a presença de Deus	1 - 6	5.00	.93	4.57	5.14		1 - 6	3.77	1.67	3.99	3.52	
2.Encontro força e reconforto na minha Religião	1 - 6	4.87	.96	4.48	4.99		1 - 6	3.77	1.66	4.02	3.47	
3. Sinto uma profunda paz interior ou harmonia	1 - 6	4.48	.83	4.40	4.50		1 - 6	3.74	1.40	3.89	3.55	
4.Desejo estar mais próximo de Deus ou em comunhão com Deus	1 - 6	4.96	.84	4.54	5.11		1 - 6	3.86	1.62	4.07	3.60	
5.Sinto o amor de Deus, de forma directa ou através de terceiros	1 - 6	4.74	.93	4.36	4.86		1 - 6	3.89	1.59	4.09	3.64	
6.Sou espiritualmente tocado pela beleza da criação	1 - 6	4.84	.69	4.81	4.85		1 - 6	4.29	1.51	4.47	4.08	
Valores e Crenças						0.46						0.64
7.Creio num Deus que olha por mim	1 - 4	3.53	.62	3.33	3.60		1 - 4	3.44	.78	3.30	3.56	
8.Sinto-me profundamente responsável pela redução da dor e do sofrimento no mundo	1 - 4	3.34	.97	3.07	3.43		1 - 4	2.72	.82	2.66	2.78	

Breve Medida Multidimensional de Religiosidade /Espiritualidade (BMMRS)	Amostra (n = 600)						Valores GSS * (n= 1445)					
	Amplitude da escala	Média	Desvio Padrão	Média	Média	α	Amplitude da escala	Média	Desvio Padrão	Média	Média	α
				Masculino (n=151)	Feminino (n=449)					Masculino	Feminino	
(Continuação)												
Perdão						0.48						0.66
9. Perdoei-me por coisas que fiz mal	1 - 4	3.58	.72	3.50	3.61		1 - 4	3.19	.88	3.08	3.28	
10. Perdoei a quem me magoou	1 - 4	3.62	.69	3.45	3.67		1 - 4	3.29	.81	3.23	3.34	
11. Sei que Deus me perdoa	1 - 4	3.75	.60	3.59	3.81		1 - 4	3.61	.77	3.52	3.69	
Práticas Religiosas Privadas						0.59						0.72
12. Com que frequência reza em privado noutros lugares que não a igreja ou sinagoga?	1 - 8	7.17	1.56	6.40	7.43		1 - 8	5.49	2.50	4.90	5.98	
13. Com que frequência medita na sua tradição religiosa ou espiritual?	1 - 8	7.08	1.52	6.46	7.29		1 - 8	3.39	2.72	3.23	3.53	
14. Com que frequência vê ou ouve programas religiosos na televisão ou na rádio?	1 - 8	4.68	1.99	4.42	4.77		---	-----	(a)	----	----	
15. Com que frequência lê a Bíblia ou outras literaturas religiosas?	1 - 8	2.10	2.07	1.95	2.15		1 - 6	2.22	1.42	2.03	2.37	
16. Com que frequência dá graças ou reza em sua casa antes ou depois das refeições?	1 - 5	2.75	1.75	2.66	2.78		---	---	-(a)	----	---	
Coping Religioso e Espiritual												
<i>positivo</i>						0.72						0.81
17. Penso na minha vida como sendo parte de uma força espiritual superior	1 - 4	3.66	.65	3.47	3.72		1 - 4	2.36	1.05	2.21	2.50	

Breve Medida Multidimensional de Religiosidade/Espiritualidade (BMMRS)	Amostra (n = 600)						Valores GSS* (n= 1445)					
	Amplitude da escala	Média	Desvio Padrão	Média Masculino (n=151)	Média Feminino (n=449)	α	Amplitude da escala	Média	Desvio Padrão	Média Masculino	Média Feminino	α
(Continuação)												
18.Trabalho como parceiro de Deus	1 - 4	3.40	.73	3.01	3.50		1 - 4	2.48	1.04	2.27	2.65	
19.Olho para Deus em busca de força, amparo e orientação <i>Negativo</i>	1 - 4	3.63	.66	3.44	3.70	1	1 - 4	2.94	1.09	2.71	3.14	0.54
20.Sinto que Deus me está a castigar pelos meus pecados ou pela falta de espiritualidade	1 - 4	1.29	.54	1.28	1.29		1 - 4	3.69	.64	3.67	3.71	
21.Não sei se Deus não me terá abandonado	1 - 4	1.13	.44	1.15	1.12		1 - 4	3.83	.49	3.83	3.84	
22.Tento perceber a situação e decidir o que fazer sem depender tanto de Deus	1 - 4	3.25	.99	3.01	3.32		1 - 4	2.97	1.02	2.80	3.11	
23.Até que ponto está a sua religião envolvida na compreensão e na forma como enfrenta situações stressantes	1 - 4	3.73	.64	3.49	3.81		---	---	(a)	---	---	
Suporte Religioso												
<i>Benéfico</i>						0.97						0.86
24.Se estivesse doente, qual a ajuda que teria por parte das pessoas da sua paróquia?	1 - 4	2.26	1.14	2.33	2.24		1 - 4	3.17	.94	3.13	3.20	
25.Se tivesse um problema ou se deparasse com uma situação complicada, qual o reconforto que teria por parte das pessoas da sua paróquia	1 - 4	2.30	1.15	2.34	2.29		1 - 4	3.32	.88	3.29	3.24	
<i>Problemático</i>						0.54						0.64
26.Com que frequência é solicitado(a) pelas pessoas da sua paróquia	1 - 4	1.38	.78	1.44	1.36		1 - 4	3.50	.73	3.46	3.53	
27.Com que frequência as pessoas da sua paróquia são críticas para consigo e para com as suas acções	1 - 4	2.93	1.06	2.98	2.91		1 - 4	3.67	.67	3.59	3.72	

Breve Medida Multidimensional de Religiosidade/Espiritualidade (BMMRS)	Amostra (n = 600)						Valores GSS * (n= 1445)					
	Amplitude da escala	Média	Desvio Padrão	Média Masculino (n=151)	Média Feminino (n=449)	α	Amplitude da escala	Média	Desvio Padrão	Média Masculino	Média Feminino	α
(Continuação)												
Compromisso												
31.Esforço-me por transpor as minhas crenças para todos os aspectos da minha vida	1 – 4	3.40	.58	3.27	3.45		----	----	(a)	-----	----	
Religião Organizacional						0.54						0.82
34.Com que frequência assiste a serviços religiosos?	1 – 6	3.97	1.75	3.86	4.00		0 - 8	3.63	2.77	3.28	3.91	
35.Para Além dos serviços religiosos, com que frequência participa em outras actividades em locais de culto?	1 – 6	2.09	1.28	2.07	2.10		1 - 11	3.43	2.71	3.22	3.60	
Intensidade Religiosa/Espiritual						0.65						0.77
37.Até que ponto se considera uma pessoa religiosa?	1 – 4	3.34	.66	3.08	3.42		1 - 4	2.65	.85	2.52	2.75	
38.Até que ponto se considera uma pessoa espiritual?	1 – 4	3.51	.62	3.41	3.55		1 - 4	2.72	.94	2.59	2.83	
Significado / Sentido						0.60						(a)
1.Os acontecimentos na minha vida vão-se desenrolando de acordo com o plano divino ou superior	1 – 4	3.48	.62	3.30	3.53		----	----	(a)	---	-----	
2.Tenho um sentimento de missão ou chamamento na minha vida	1 – 4	3.65	.62	3.64	3.65		----	----	(a)	---	-----	

* 1998 General Social Survey, (GSS), National Opinion Research Center, University of Chicago (Fetzer, 2003/1999:94, 95)

(a) Não constam nos valores normativos do 1998 General Social Survey (GSS)

Para estudar as propriedades psicométricas do questionário SF-36 optou-se pela inspecção da validade dos itens (tabela 17) e análise da consistência interna (tabela 18).

Validade convergente e discriminante dos itens

As correlações entre os itens e as escalas a que pertencem (corrigida por sobreposição) são genericamente superiores a 0,40 (validade convergente) e são em quase todos os itens superior ao da correlação com as dimensões a que não pertencem (validade discriminante), como se pode apreciar na tabela 17. Exceptuam-se da afirmação anterior os seguintes itens: F4a (desempenho físico), F11a e F11c (saúde geral). Em cinza clara realçamos as correlações dos itens com as dimensões a que pertencem. Assim, constata-se que os itens apresentam boa validade convergente e discriminante.

Tabela 17: *Validade convergente e discriminante dos itens*

Itens	Funcionamento	Desempenho	Dor	Saúde	Vitalidade	Funcionamento	Desempenho	Saúde
	físico	físico	corporal	Geral		social	emocional	Mental
1	.436	.422	.446	.494	.476	.185	.242	.358
2	-.197	-.243	-.257	-.331	-.293	-.104	-.185	-.198
f3a	.638	.458	.230	.373	.378	.137	.108	.167
f3b	.718	.487	.291	.402	.423	.138	.183	.222
f3c	.746	.529	.316	.397	.423	.159	.160	.245
f3d	.781	.466	.346	.373	.452	.200	.176	.256
f3e	.727	.353	.269	.287	.395	.212	.188	.169
f3f	.663	.390	.372	.384	.373	.181	.160	.259
f3g	.803	.407	.296	.370	.460	.193	.221	.220
f3h	.748	.443	.303	.360	.418	.139	.185	.274
f3i	.795	.402	.307	.372	.447	.154	.210	.248
f3j	.520	.276	.168	.181	.270	.141	.230	.117
f4a	.124	.208	.060	.190	.247	.295	.545	.155
f4b	.467	.641	.266	.339	.422	.215	.329	.261
f4c	.566	.745	.288	.371	.407	.201	.271	.280
f4d	.530	.692	.267	.344	.381	.184	.238	.257
f5a	.100	.417	.088	.185	.273	.355	.517	.233
f5b	.266	.428	.273	.298	.414	.525	.873	.447
f5c	.250	.403	.262	.278	.364	.517	.841	.434
f6	.227	.287	.156	.244	.337	.721	.508	.368
f7	.335	.249	.868	.453	.392	.153	.209	.349
f8	.386	.296	.868	.501	.442	.163	.261	.410
f9a	.407	.406	.247	.427	.612	.336	.376	.311
f9b	.201	.222	.345	.340	.302	.210	.275	.735
f9c	.285	.314	.345	.408	.439	.410	.435	.772
f9d	.203	.231	.337	.351	.327	.204	.292	.730
f9e	.394	.395	.249	.416	.604	.336	.362	.304
f9f	.265	.290	.337	.406	.425	.398	.424	.767
f9g	.422	.347	.435	.425	.588	.218	.262	.400
f9h	.180	.201	.220	.336	.313	.291	.317	.448
f9i	.408	.342	.432	.419	.587	.214	.250	.388
f10	.172	.270	.148	.241	.321	.721	.484	.323
f11a	.089	.111	.100	.115	.180	.130	.090	.192
f11b	.357	.300	.399	.540	.439	.201	.300	.342
f11c	.192	.150	.197	.271	.235	.181	.090	.238
f11d	.338	.308	.407	.488	.374	.129	.190	.310

A tabela 18 exhibe a fidelidade das dimensões do SF-36 na amostra em estudo e dos estudos internacionais (Fuh, 2000; Gandek, 1998), calculada através da consistência interna [coeficiente *alphade Cronbach* (α)]. Na amostra a fidelidade das dimensões do SF – 36 é aceitável, dado que os valores do coeficiente *alpha* de *Cronbach* situam-se entre 0.62 e 0.93. A escala em estudo, na globalidade (36 itens, o $\alpha= 0.91$) apresenta uma fidelidade aceitável (Pais-Ribeiro, 2007).

A consistência interna das dimensões do SF-36 (amostra) que se encontram dentro dos valores dos estudos internacionais são: funcionamento físico, vitalidade, funcionamento social, desempenho emocional e saúde mental.

Tabela 18: *Itens que constituem cada uma das dimensões do SF-36, medidas de tendência central e de variabilidade, consistência interna (α de cronbach)*

Dimensões	Itens constituintes de cada dimensão	Valor mais baixo e mais elevado possível	Varição	Média	Desvio Padrão	(n=600) α	α dos estudos internacionais *
FF(Funcionamento Físico)	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10 - 30	20	16.71	5.79	.92	0.86 e 0.94
DF(Desempenho Físico)	4a+4b+4c+4d	4 - 8	4	5.23	1.08	.75	0.83 e 0.96
DC(Dor Corporal)	7+8	2 - 12	10	6.08	1.01	0.93	0.68 e 0.88
SG(Saúde Geral)	1+11a+11b+11c+11d	5 - 25	20	14.40	3.72	0.62	0.71 e 0.84
VT(Vitalidade)	9a+9e+9g+9i	4 - 24	20	14.63	4.85	0.79	0.72 e 0.87
FS(Funcionamento Social)	6+10	2 - 10	8	7.74	2.59	0.84	0.53 e 0.86
DE(DesempenhoEmocional)	5a+5b+5c	3 - 6	3	4.81	1.25	0.86	0.76 e 0.93
SM(Saúde Mental)	9b+9c+9d+9f+9h	5 - 30	25	19.81	6.29	0.86	0.75 e 0.87
CF(Componente Física)	FF, DF, DC, SG					0.88	
CM(Componente Mental)	VT, FS, DE, SM					0.87	

* (Fuh, 2000; Gandek, 1998)

A cotação do SF-36 obedece aos seguintes princípios:

no geral os itens e escalas do SF-36 são cotados de tal modo que à **nota mais elevada** corresponde uma melhor: percepção do estado de Saúde, Funcionamento Físico, no entanto a escala da Dor Corporal é cotada de modo a que à **nota mais elevada** corresponde a **ausência de Dor** (War, Kosinski & Gandek., 2005).

HIPÓTESES

H1: Saúde e bem-estar (SF-36) está relacionada com a espiritualidade, religiosidade (*BMMRS*) das pessoas idosas

Para testar esta hipótese os sujeitos foram categorizados em dois grupos, tendo como valor de *cut off* os valores do

- **primeiro quartil** (que correspondem a valores baixos da escala *BMMRS* e a **mais**: experiências espirituais, valores e crenças, perdão, práticas religiosas privadas, coping religioso e espiritual positivo e negativo, suporte religioso benéfico e problemático, religião organizacional, intensidade religiosa e espiritual, sentido) e
- **quarto quartil** (que correspondem a valores elevados da escala *BMMRS* e a **menos** experiências espirituais, valores e crenças, perdão, práticas religiosas privadas, *coping* religioso e espiritual positivo e negativo, suporte religioso benéfico e problemático, religião organizacional, intensidade religiosa e espiritual, sentido).

SF-36 vs Experiências Espirituais

Ao relacionar as Experiências Espirituais da *BMMRS* com as dimensões do SF-36 (tabela 19), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.05$) no Funcionamento Social ($t = -.2438$, $p = .015$), no Desempenho Emocional ($t = -1.983$, $p = .048$). Os idosos com mais Experiências Espirituais (valores baixos na *BMMRS*) apresentaram valores médios significativamente mais elevados no Funcionamento Social (74.69 vs 67.43) no Desempenho Emocional (63.27 vs 55.68).

Tabela 19: Estatísticas do teste *t* de Student para amostras independentes (SF-36 vs Experiências Espirituais)

SF-36	Experiências Espirituais /BMMRS	n	Média	Desvio Padrão	t	p
Funcionamento Físico	valores elevados (menos EE)	185	36.65	29.45	1.542	.124
	valores baixos (mais EE)	324	32.50	29.06		
Desempenho Físico	valores elevados	185	30.68	28.82	-.315	.753
	valores baixos	324	31.48	27.20		
Dor Corporal	valores elevados	185	38.78	33.55	1.201	.230
	valores baixos	324	34.99	34.60		
Saúde Geral	valores elevados	185	46.82	18.07	-.779	.436
	valores baixos	324	48.15	18.88		
Vitalidade	valores elevados	185	54.59	24.14	.535	.593
	valores baixos	324	53.40	24.30		
Funcionamento Social	valores elevados	185	67.43	32.87	-.2438	.015
	valores baixos	324	74.69	31.98		
Desempenho Emocional	valores elevados	185	55.68	42.91	-1.983	.048
	valores baixos	324	63.27	40.79		
Saúde Mental	valores elevados	185	58.71	25.04	-1.287	.199
	valores baixos	324	61.78	25.01		
Componente Física	valores elevados	185	38.23	20.32	.762	.446
	valores baixos	324	36.78	20.79		
Componente Mental	valores elevados	185	59.13	24.35	-1.900	.058
	valores baixos	324	63.28	23.38		

SF – 36 vs Valores e Crenças

Ao relacionar Valores e Crenças da *BMMRS* com as dimensões do SF-36 (tabela 20), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.01$, $p \leq 0.05$) no Funcionamento Físico ($t = 2.181$, $p = .030$), na Dor Corporal ($t = 2.793$, $p = .005$), no Funcionamento Social ($t = 4.846$, $p = .000$), no Desempenho Emocional ($t = -3.430$, $p = .001$) e na Componente Mental ($t = -3.384$, $p = .001$). Os idosos com mais Valores e Crenças (valores baixos na *BMMRS*) obtiveram valores médios significativamente mais baixos no Funcionamento Físico (30.58 vs 36.52) e na Dor Corporal (31.50 vs 40.37) e valores médios significativamente mais elevados no Funcionamento Social (78.91 vs 64.72), no Desempenho Emocional (65.89 vs 52.45) e na Componente Mental (64.62 vs 57.25).

Tabela 20: Estatísticas do teste *t* de Student para amostras independentes (SF-36 vs Valores e Crenças)

SF-36	Valores e Crenças /BMMRS	n	Média	Desvio Padrão	t	p
Funcionamento Físico	valores elevados	197	36.52	30.56	2.181	.030
	valores baixos	259	30.58	27.44		
Desempenho Físico	valores elevados	197	29.19	29.53	-685	.493
	valores baixos	259	30.89	23.43		
Dor Corporal	valores elevados	197	40.37	34.35	2.793	.005
	valores baixos	259	31.50	32.99		
Saúde Geral	valores elevados	197	47.25	19.30	-354	.724
	valores baixos	259	47.88	18.78		
Vitalidade	valores elevados	197	51.60	23.90	-1.216	.225
	valores baixos	259	54.38	24.46		
Funcionamento Social	valores elevados	197	64.72	32.60	4.846	.000
	valores baixos	259	78.91	29.67		
Desempenho Emocional	valores elevados	197	52.45	43.53	-3.430	.001
	valores baixos	259	65.89	39.80		
Saúde Mental	valores elevados	197	60.24	24.97	.408	.683
	valores baixos	259	59.29	24.55		
Componente Física	valores elevados	197	38.33	22.03	1.611	.108
	valores baixos	259	35.21	19.22		
Componente Mental	valores elevados	197	57.25	24.08	-3.384	.001
	valores baixos	259	64.62	22.18		

SF – 36 vs Perdão

Ao relacionar o Perdão da *BMMRS* com as dimensões do SF-36 (tabela 21), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.01$, $p \leq 0.05$) no Funcionamento Físico ($t = 2.084$, $p = .038$), na Dor Corporal ($t = 3.161$, $p = .002$) e Componente Física ($t = 2.317$, $p = .021$). Os idosos que mais perdoavam (valores baixos na *BMMRS*) apresentaram valores médios significativamente mais baixos no Funcionamento Físico (30.94 vs 36.67) na Dor Corporal (32.32 vs 42.57) e na Componente Física (34.67 vs 39.11).

Tabela 21: Estatísticas do teste *t* de Student para amostras independentes (SF-36 vs Perdão)

SF-36	Perdão /BMMRS	N	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
Funcionamento Físico	valores elevados	171	36.67	30.65	2.084	.038
	valores baixos	298	30.94	27.42		
Desempenho Físico	valores elevados	171	31.14	30.18	.820	.413
	valores baixos	298	28.94	23.55		
Dor Corporal	valores elevados	171	42.57	35.52	3.161	.002
	valores baixos	298	32.32	32.78		
Saúde Geral	valores elevados	171	46.06	17.68	-.236	.813
	valores baixos	298	46.48	18.45		
Vitalidade	valores elevados	171	53.57	24.72	.626	.532
	valores baixos	298	52.13	23.46		
Funcionamento Social	valores elevados	171	69.08	32.49	.705	.481
	valores baixos	298	71.31	33.25		
Desempenho Emocional	valores elevados	171	56.14	43.91	-.921	.357
	valores baixos	298	59.84	40.69		
Saúde Mental	valores elevados	171	58.48	24.79	-.386	.700
	valores baixos	298	59.41	25.28		
Componente Física	valores elevados	171	39.11	21.81	2.317	.021
	valores baixos	298	34.67	18.85		
Componente Mental	valores elevados	171	59.32	25.11	-.595	.552
	valores baixos	298	60.67	22.94		

SF-36 vs Práticas Religiosas Privadas

Ao relacionar as Práticas Religiosas Privadas da *BMMRS* com as dimensões do SF-36 (tabela 22), verifica-se existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.01$) no Funcionamento Físico ($t = 3.089$, $p = .002$). Os idosos com mais Práticas Religiosas Privadas (valores baixos na *BMMRS*) obtiveram valores médios significativamente mais baixos no Funcionamento Físico (28.57 vs 37.69)

Tabela 22: Estatísticas do teste *t* de Student para amostras independentes (SF-36 vs Práticas Religiosas Privadas)

SF-36	Práticas Religiosas Privadas / BMMRS	n	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
Funcionamento Físico	valores elevados	206	37.69	30,06	3.089	.002
	valores baixos	182	28,57	27,83		
Desempenho Físico	valores elevados	206	31,92	28,76	.065	.948
	valores baixos	182	31,73	27,17		
Dor Corporal	valores elevados	206	39,44	34,52	1.514	.131
	valores baixos	182	34,14	34,26		
Saúde Geral	valores elevados	206	47,79	19,35	.670	.503
	valores baixos	182	46,53	17,58		
Vitalidade	valores elevados	206	53,76	24,63	.144	.885
	valores baixos	182	53,41	23,77		
Funcionamento Social	valores elevados	206	68,08	32,91	-1.874	.062
	valores baixos	182	74,38	33,20		
Desempenho Emocional	valores elevados	206	60,19	42,43	-.493	.622
	valores baixos	182	62,27	40,17		
Saúde Mental	valores elevados	206	59,09	25,15	-.151	.880
	valores baixos	182	59,47	24,90		
Componente Física	valores elevados	206	39,21	21,24	1.888	.060
	valores baixos	182	35,24	19,97		
Componente Mental	valores elevados	206	60,28	23,93	-.869	.385
	valores baixos	182	62,38	23,58		

SF-36 vs Coping Religioso e Espiritual positivo

Ao relacionar o Coping Religioso e Espiritual positivo da BMMRS com as dimensões do SF-36 (tabela 23), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.01$) no Funcionamento Físico ($t = 2.868$, $p = .004$), na Dor Corporal ($t = 3.657$, $p = .000$) e na Componente Física ($t = 3.013$, $p = .003$). Os idosos que recorriam mais (valores baixos na BMMRS) a este tipo de coping obtiveram valores médios significativamente mais baixos no Funcionamento Físico (29.06 vs 36.64) na Dor Corporal (30.58 vs 41.97) e na Componente Física (33.87 vs 39,54).

Tabela 23: Estatísticas do teste *t* de Student para amostras independentes (SF-36 vs Coping Religioso e Espiritual positivo)

SF-36	Coping Religioso e Espiritual Positivo / BMMRS	n	Média	Desvio Padrão	t	p
Funcionamento Físico	valores elevados	219	36.64	30.79	2.868	.004
	valores baixos	260	29.06	26.34		
Desempenho Físico	valores elevados	219	32.53	31.41	1.289	.198
	valores baixos	260	29.23	23.17		
Dor Corporal	valores elevados	219	41.97	35.53	3.657	.000
	valores baixos	260	30.58	32.57		
Saúde Geral	valores elevados	219	47.01	18.69	.235	.814
	valores baixos	260	46.62	18.35		
Vitalidade	valores elevados	219	54.20	25.05	1.094	.275
	valores baixos	260	51.79	23.17		
Funcionamento Social	valores elevados	219	68.32	32.17	-1.663	.097
	valores baixos	260	73.31	33.21		
Desempenho Emocional	valores elevados	219	56.32	42.89	-1.520	.129
	valores baixos	260	62.18	41.34		
Saúde Mental	valores elevados	219	62.41	24.87	1.732	.084
	valores baixos	260	58.34	26.27		
Componente Física	valores elevados	219	39.54	22.49	3.013	.003
	valores baixos	260	33.87	18.69		
Componente Mental	valores elevados	219	60.31	24.76	-.496	.620
	valores baixos	260	61.41	23.37		

SF- 36vs Coping Religioso e Espiritual negativo

Ao relacionar o Coping Religioso e Espiritual negativo da BMMRS com as dimensões do SF-36 (tabela 24), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.01$, $p \leq 0.05$) no Funcionamento Físico ($t = 2.618$, $p = .009$), no Desempenho Físico ($t = 2.160$, $p = .031$) na Dor Corporal ($t = 4.062$, $p = .000$) na Saúde Mental ($t = 2.440$, $p = .015$) e na Componente Física ($t = 3.775$, $p = .000$). Os idosos que recorriam mais (valores baixos na BMMRS) a este tipo de coping obtiveram valores médios significativamente mais baixos no Funcionamento Físico (31.22 vs 37.61), no Desempenho Físico (28.95 vs 33.86), na Dor Corporal (32.20 vs 43.78), na Saúde Mental (57.35 vs 62.53) e na Componente Física (34.57 vs 41.04).

Tabela 24: Estatísticas do teste *t* de Student para amostras independentes (SF-36 vs Coping Religioso e Espiritual negativo)

SF-36	Coping Religioso e Espiritual negativo / BMMRS	n	Média	Desvio Padrão	t	p
	valores baixos	380	31.22	27.27		
Desempenho Físico	valores elevados	219	33.86	32.42	2.160	.031
	valores baixos	260	28.95	23.06		
Dor Corporal	valores elevados	219	43.78	34.20	4.062	.000
	valores baixos	260	32.20	33.33		
Saúde Geral	valores elevados	219	48.88	19.44	1.890	.060
	valores baixos	260	45.91	18.03		
Vitalidade	valores elevados	219	54.27	24.86	.882	.378
	valores baixos	260	52.46	23.91		
Funcionamento Social	valores elevados	219	71.25	31.63	-3.11	.756
	valores baixos	260	72.11	32.91		
Desempenho Emocional	valores elevados	219	58.79	43.54	-6.17	.537
	valores baixos	260	60.96	40.51		
Saúde Mental	valores elevados	219	62.53	25.30	2.440	.015
	valores baixos	260	57.35	24.92		
Componente Física	valores elevados	219	41.04	22.89	3.775	.000
	valores baixos	260	34.57	18.48		
Componente Mental	valores elevados	219	61.71	24.43	.496	.620
	valores baixos	260	60.72	23.04		

SF – 36 vs Suporte Religioso benéfico

Ao relacionar o Suporte Religioso benéfico da BMMRS com as dimensões do SF-36 (tabela 25) verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.01$, $p \leq 0.05$) no Desempenho Físico ($t = -2.162$, $p = .029$) e na Saúde Mental ($t = -2.973$, $p = .003$). Os idosos que recorriam mais (valores baixos na BMMRS) a este tipo de suporte obtiveram valores médios significativamente mais elevados no Desempenho Físico (33.53 vs 28.32) e na Saúde Mental (62.70 vs 56.16).

Tabela 25: Estatísticas do teste *t* de Student para amostras independentes (SF-36 vs Suporte Religioso benéfico)

SF-36	Suporte Religioso benéfico / BMMRS	n	Média	Desvio Padrão	t	p
	valores baixos	299	32.53	29.16		
Desempenho Físico	valores elevados	226	28.32	25.82	-2.162	.029
	valores baixos	299	33.53	28.42		
Dor Corporal	valores elevados	226	33.74	34.69	-1.877	.061
	valores baixos	299	39.77	33.57		
Saúde Geral	valores elevados	226	40.05	19.29	-1.608	.108
	valores baixos	299	48.72	18.44		
Vitalidade	valores elevados	226	52.96	23.89	-.715	.475
	valores baixos	299	54.48	24.19		
Funcionamento Social	valores elevados	226	70.46	33.85	-.668	.504
	valores baixos	299	72.37	31.04		
Desempenho Emocional	valores elevados	226	58.85	42.43	-.337	.736
	valores baixos	299	60.09	41.20		
Saúde Mental	valores elevados	226	56.16	24.66	-2.973	.003
	valores baixos	299	62.70	25.19		
Componente Física	valores elevados	226	36.10	20.67	-1.337	.182
	valores baixos	299	38.54	20.55		
Componente Mental	valores elevados	226	62.41	23.18	-1.346	.179
	valores baixos	299	59.61	24.17		

SF – 36 vs Suporte Religioso problemático

Ao relacionar o Suporte Religioso problemático da *BMMRS* com as dimensões do SF-36 (tabela 26), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.01$, $p \leq 0.05$) no Funcionamento Físico ($t = -3.558$, $p = .000$), na Dor Corporal ($t = -3.753$, $p = .000$), na Saúde Geral ($t = -2.490$, $p = .013$), no Funcionamento Social ($t = 1.968$, $p = .050$) na Saúde Mental ($t = -3.669$, $p = .000$) e Componente Física ($t = -3.910$, $p = .000$). Os idosos que recorriam mais (valores baixos na *BMMRS*) este tipo de suporte apresentaram valores médios significativamente mais elevados no Funcionamento Físico (37.78 vs 28.17), na Dor Corporal (42.00 vs 30.14) na Saúde Geral (49.12 vs 44.79), na Componente Física (40.49 vs 32.96), na Saúde Mental (63.33 vs 54.66) e valores médios significativamente mais baixos no Funcionamento Social (68.97 vs 74.94).

Tabela 26: Estatísticas do teste *t* de Student para amostras independentes (SF-36 vs Suporte Religioso problemático)

SF-36	Suporte Religioso problemático /BMMRS	n	Média	Desvio Padrão	t	p
Funcionamento Físico	valores elevados	194	28.17	27.66	-3.558	.000
	valores baixos	286	37.78	29.93		
Desempenho Físico	valores elevados	194	28.74	22.23	-1.753	.080
	valores baixos	286	33.04	31.57		
Dor Corporal	valores elevados	194	30.14	34.09	-3.753	.000
	valores baixos	286	42.00	33.87		
Saúde Geral	valores elevados	194	44.79	17.46	-2.490	.013
	valores baixos	286	49.12	19.52		
Vitalidade	valores elevados	194	51.93	24.67	-.718	.473
	valores baixos	286	53.58	24.74		
Funcionamento Social	valores elevados	194	74.94	33.15	1.968	.050
	valores baixos	286	68.97	32.24		
Desempenho Emocional	valores elevados	194	63.92	39.48	1.718	.081
	valores baixos	286	57.23	43.44		
Saúde Mental	valores elevados	194	54.66	25.11	-3.669	.000
	valores baixos	286	63.33	25.59		
Componente Física	valores elevados	194	32.96	18.45	-3.910	.000
	valores baixos	286	40.49	22.09		
Componente Mental	valores elevados	194	61.36	22.61	.263	.792
	valores baixos	286	60.78	24.68		

SF -36 vs Religião Organizacional

Ao relacionar a Religião Organizacional da *BMMRS* com as dimensões do SF-36 (tabela 27), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.01$) no Funcionamento Físico ($t = -5.710$, $p = .000$), no Desempenho Físico ($t = -3.663$, $p = .000$), na Saúde Geral ($t = -2.827$, $p = .005$), na Vitalidade ($t = -3.270$, $p = .001$), no Desempenho Emocional ($t = -2.721$, $p = .007$), na Componente Física ($t = -4.004$, $p = .000$) e na Componente Mental ($t = -3.026$, $p = .002$).

.003). Os idosos com mais práticas religiosas organizacionais (valores baixos na *BMMRS*) obtiveram valores médios significativamente mais elevados no Funcionamento Físico (39.44 vs 24.41), no Desempenho Físico (34.76 vs 25.84), na Saúde Geral (49.14 vs 44.27), na Vitalidade (55.98 vs 48.77), no Desempenho Emocional (66.06 vs 55.68), na Componente Física (40.37 vs 32.73) e na Componente Mental (64.40 vs 57.90).

Tabela 27: Estatísticas do teste *t* de Student para amostras independentes (*SF-36* vs *Religião Organizacional*)

SF-36	Religião Organizacional /BMMRS	n	Média	Desvio Padrão	t	p
Funcionamento Físico	valores elevados	179	24.41	27.22	-5.710	.000
	valores baixos	328	39.44	28.89		
Desempenho Físico	valores elevados	179	25.84	25.13	-3.663	.000
	valores baixos	328	34.76	28.06		
Dor Corporal	valores elevados	179	36.41	33.56	-.546	.585
	valores baixos	328	38.16	35.02		
Saúde Geral	valores elevados	179	44.27	18.33	-2.827	.005
	valores baixos	328	49.14	18.64		
Vitalidade	valores elevados	179	48.77	23.60	-3.270	.001
	valores baixos	328	55.98	23.77		
Funcionamento Social	valores elevados	179	69.34	31.99	-1.731	.083
	valores baixos	328	74.47	31.60		
Desempenho Emocional	valores elevados	179	55.68	43.09	-2.721	.007
	valores baixos	328	66.06	39.87		
Saúde Mental	valores elevados	179	57.81	25.63	-1.402	.162
	valores baixos	328	61.09	24.88		
Componente Física	valores elevados	179	32.73	19.96	-4.004	.000
	valores baixos	328	40.37	20.84		
Componente Mental	valores elevados	179	57.90	23.15	-3.026	.003
	valores baixos	328	64.40	23.07		

SF – 36 vs Intensidade Religiosa e Espiritual

Ao relacionar a Intensidade Religiosa e Espiritual da *BMMRS* com as dimensões do SF-36 (tabela 28), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.01$) no Desempenho Físico ($t = -2.855$, $p = .004$), na Dor Corporal ($t = 3.676$, $p = .000$), no Funcionamento Social ($t = -3.767$, $p = .000$), no Desempenho Emocional ($t = -3.782$, $p = .000$), e na Componente Mental ($t = -2.885$, $p = .004$). Os idosos com mais Intensidade Religiosa e Espiritual (valores baixos na *BMMRS*) apresentaram valores médios significativamente mais elevados no Desempenho Físico (34.06 vs 29.69), no Funcionamento Social (76.26 vs 64.88), no Desempenho Emocional (66.06 vs 51.27) e na Componente Mental (63.52 vs 57.14) e valores médios significativamente mais baixos na Dor Corporal (31.57 vs 43.39).

Tabela 28: Estatísticas do teste *t* de Student para amostras independentes (SF-36 vs Intensidade Religiosa e Espiritual)

SF-36	Intensidade Religiosa e Espiritual /BMMRS	N	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
Funcionamento Físico	valores elevados	236	34.24	29.94	.395	.693
	valores baixos	218	33.14	29.09		
Desempenho Físico	valores elevados	236	26.69	27.33	-2.855	.004
	valores baixos	218	34.06	27.59		
Dor Corporal	valores elevados	236	43.39	35.30	3.676	.000
	valores baixos	218	31.57	32.99		
Saúde Geral	valores elevados	236	46.12	18.73	-.882	.379
	valores baixos	218	47.71	19.64		
Vitalidade	valores elevados	236	52.01	23.61	-.439	.661
	valores baixos	218	53.00	24.48		
Funcionamento Social	valores elevados	236	64.88	31.69	-3.767	.000
	valores baixos	218	76.26	32.64		
Desempenho Emocional	valores elevados	236	51.27	43.09	-3.782	.000
	valores baixos	218	66.06	39.96		
Saúde Mental	valores elevados	236	60.37	23.84	.675	.500
	valores baixos	218	58.77	26.76		
Componente Física	valores elevados	236	37.61	21.12	.498	.619
	valores baixos	218	36.62	21.22		
Componente Mental	valores elevados	236	57.14	23.63	-2.885	.004
	valores baixos	218	63.52	23.51		

SF – 36 vs Significado /Sentido

Ao relacionar o Sentido (de vida) da *BMMRS* com as dimensões do SF-36 (tabela 29), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.01$, $p \leq 0.05$) na Dor Corporal ($t = 3.228$, $p = .001$), no Funcionamento Social ($t = -3.007$, $p = .003$), no Desempenho Emocional ($t = -2.708$, $p = .007$) e na Componente Mental ($t = -1.923$, $p = .050$). Os idosos com mais Sentido (valores baixos na *BMMRS*) obtiveram valores médios significativamente mais baixos na Dor Corporal (32.59 vs 43.18) e valores médios significativamente mais elevados no Funcionamento Social (75.61 vs 66.07), no Desempenho Emocional (64.35 vs 53.21) e na Componente Mental (62.99 vs 58.47).

Tabela 29: Estatísticas do teste *t* de Student para amostras independentes (SF-36 vs sentido)

SF-36	Significado/Sentido /BMMRS	N	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>p</i>
Funcionamento Físico	valores elevados	161	37.27	30.96	1.538	.125
	valores baixos	288	32.83	28.35		
Desempenho Físico	valores elevados	161	29.66	29.74	-.690	.490
	valores baixos	288	31.51	25.79		
Dor Corporal	valores elevados	161	43.18	35.06	3.228	.001
	valores baixos	288	32.59	32.33		
Saúde Geral	valores elevados	161	47.80	18.66	.400	.689
	valores baixos	288	47.06	18.80		
Vitalidade	valores elevados	161	52.30	25.44	-.587	.558
	valores baixos	288	53.68	23.07		
Funcionamento Social	valores elevados	161	66.07	31.76	-3.007	.003
	valores baixos	288	75.61	32.49		
Desempenho Emocional	valores elevados	161	53.21	43.68	-2.708	.007
	valores baixos	288	64.35	40.74		
Saúde Mental	valores elevados	161	62.31	25.52	1.589	.113
	valores baixos	288	58.32	25.53		
Componente Física	valores elevados	161	39.48	22.34	1.716	.087
	valores baixos	288	35.99	19.51		
Componente Mental	valores elevados	161	58.47	25.11	-1.923	.050
	valores baixos	288	62.99	23.15		

H2: Saúde e bem-estar (SF-36) e espiritualidade, religiosidade (BMMRS) das pessoas idosas variam com as seguintes variáveis atributos sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, residência).

SF-36 vs Grupo- etário

O teste *One-Way Anova* (tabela 30) permite concluir que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.01$, $p \leq 0.05$) no Funcionamento Físico ($F = 11.843$, $p = .000$), no Desempenho Físico ($F = 9.271$, $p = .000$), na Vitalidade ($F = 5.454$, $p = .004$), na Saúde Mental ($F = 3.804$, $p = .023$) e na Componente Física ($F = 2.975$, $p = .050$).

Tabela 30: Estatísticas do teste One-Way Anova (SF-36 vs Grupo Etário)

SF – 36	Grupo Etário	Soma dos quadrados	df	Média dos quadrados	F	p
Funcionamento Físico	Entre Grupos	19158.787	2	9579.394	11.843	.000
	Dentro dos Grupos	482908.546	597	808.892		
	Total	502067.333	599			
Desempenho Físico	Entre Grupos	13107.803	2	6553.902	9.271	.000
	Dentro dos Grupos	422054.697	597	706.959		
	Total	435162.500	599			
Dor Corporal	Entre Grupos	1887.643	2	943.822	.812	.444
	Dentro dos Grupos	693994.755	597	1162.470		
	Total	695882.398	599			
Saúde Geral	Entre Grupos	67.549	2	33.775	.097	.907
	Dentro dos Grupos	207132.451	597	346.956		
	Total	207200.000	599			
Vitalidade	Entre Grupos	6324.821	2	3162.411	5.454	.004
	Dentro dos Grupos	346140.804	597	579.800		
	Total	352465.625	599			
Funcionamento Social	Entre Grupos	3421.039	2	1710.520	1.630	.197
	Dentro dos Grupos	626340.419	597	1049.146		
	Total	629761.458	599			
Desempenho Emocional	Entre Grupos	761.381	2	380.691	.219	.803
	Dentro dos Grupos	1037221.952	597	1737.390		
	Total	1037983.333	599			
Saúde Mental	Entre Grupos	4773.352	2	2386.676	3.804	.023
	Dentro dos Grupos	374550.142	597	627.387		
	Total	379323.493	599			
Componente Física	Entre Grupos	2467.838	2	1233.919	2.975	.050
	Dentro dos Grupos	247605.778	597	414.750		
	Total	250073.617	599			
Componente Mental	Entre Grupos	440.299	2	220.149	.396	.673
	Dentro dos Grupos	331566.190	597	555.387		
	Total	332006.489	599			

Para identificar as diferenças estatisticamente significativas encontradas no teste *Anova*, executaram-se testes de comparação múltipla à posterior de *Tukey*.

O grupo etário 65-74 anos obteve valores significativamente mais elevados no Funcionamento Físico (39.29) do que os restantes grupos etários (tabela 31).

Tabela 31: *Teste Tukey (Funcionamento Físico no SF-36 vs Grupo Etário)*

Grupo Etário	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
> 84 anos	122	23.32	
75-84	287		34.11
65-74 anos	191		39.29
Sig.		1,000	,200

O grupo etário 65-74 anos obteve valores significativamente mais elevados no Desempenho Físico (37.30) do que os restantes grupos etários (tabela 32).

Tabela 32: *Teste Tukey (Desempenho Físico no SF-36 vs Grupo Etário)*

Grupo Etário	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
> 84 anos	122	25.20	
75-84	287	28.75	
65-74 anos	191		37.30
Sig.		.422	1.000

As diferenças significativas na Vitalidade (tabela 33) encontram-se entre os grupos etários 65- 74 anos e > 84 anos, sendo estas superiores no grupo etário 65- 74 anos (56.68 vs 47.46).

Tabela 33: *Teste Tukey (Vitalidade no SF-36 vs Grupo Etário)*

Grupo Etário	N	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
> 84 anos	122	47.46	
75-84	287	53.17	53.17
65-74 anos	191		56.68
Sig.		.066	.357

As diferenças significativas nos scores da Saúde Mental (tabela 34) encontram-se entre os grupos etários 65- 74 anos e > 84anos, sendo estes superiores no grupo etário > 84 anos (62.66 vs 55.31).

Tabela 34: *Teste Tukey (Saúde Mental no SF-36 vs Grupo Etário)*

Grupo Etário	N	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
65-74 anos	191	55.31	
75-84	287	60.42	60.42
> 84 anos	122		62.66
Sig.		.134	.678

As diferenças significativas nos scores (tabela 35) da Componente Física encontram-se entre os grupos etários 65- 74 anos e > 84 anos, sendo estes superiores no grupo etário 65- 74 anos (39.58 vs 33.99).

Tabela 35: *Teste Tukey (Componente Física no SF-36 vs Grupo Etário)*

Grupo Etário	N	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
> 84 anos	122	33.99	
75-84	287	36.44	36.44
65-74 anos	191		39.58
Sig.		.495	.314

SF-36 vs Sexo

Na tabela 36, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.01$, $p \leq 0.05$) no Funcionamento Físico ($t = 3.752$, $p = .000$), no Desempenho Físico ($t = 2.183$, $p = .030$), na Dor Corporal ($t = 4.046$, $p = .000$), na Saúde Geral ($t = 3.957$, $p = .000$), na Vitalidade ($t = 4.811$, $p = .000$); no Desempenho Emocional ($t = 2.607$, $p = .009$), na Saúde Mental ($t = 5.029$, $p = .000$), na Componente Física ($t = 5.768$, $p = .000$) e na Componente Mental ($t = 4.139$, $p = .000$). Os idosos do sexo masculino obtiveram valores significativamente mais elevados no Funcionamento Físico (41.82 vs 30.89), no Desempenho Físico (35.26 vs 27.69), na Dor Corporal (43.67 vs 41.14), na Saúde Geral (52.12 vs 47.04), na Vitalidade (61.19 vs 51.47), no Desempenho Emocional (67.77 vs 64.64), na Saúde Mental (67.10 vs 60.51), na Componente física (45.02 vs 34.22) e na Componente Mental (67.85 vs 58.80).

Tabela 36: Estatísticas do teste *t* de Student para amostras independentes (SF-36 versus Sexo)

SF – 36	Sexo	n	Média	Desvio Padrão	<i>t</i>	<i>P</i>
Funcionamento Físico	Masculino	151	41.82	32.52	3.752	.000
	Feminino	409	30.89	27.79		
Desempenho Físico	Masculino	151	35.26	30.59	2.183	.030
	Feminino	409	27.69	23.65		
Dor Corporal	Masculino	151	43.67	9.91	4.046	.000
	Feminino	409	41.14	10.82		
Saúde Geral	Masculino	151	52.12	18.64	3.957	.000
	Feminino	409	47.04	18.13		
Vitalidade	Masculino	151	61.19	23.55	4.811	.000
	Feminino	409	51.47	24.12		
Funcionamento Social	Masculino	151	73.76	30.71	.861	.389
	Feminino	409	73.26	31.69		
Desempenho Emocional	Masculino	151	67.77	40.26	2.607	.009
	Feminino	409	64.64	41.96		
Saúde Mental	Masculino	151	67.10	20.55	5.029	.000
	Feminino	409	60.51	22.35		
Componente Física	Masculino	151	45.02	21.98	5.768	.000
	Feminino	409	34.22	19.15		
Componente Mental	Masculino	151	67.85	22.54	4.139	.000
	Feminino	409	58.80	23.45		

SF – 36 vs Estado Civil

O teste *One-Way Anova* (tabela 37) permite concluir que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.01$, $p \leq 0.05$) no Funcionamento Físico ($F = 5.026$, $p = .002$), Desempenho Físico ($F = 3.329$, $p = .019$), na Dor Corporal ($F = 4.394$, $p = .005$), na Saúde Geral ($F = 2.544$, $p = .050$), na Vitalidade ($F = 4.241$, $p = .006$), no Funcionamento Social ($F = 4.004$, $p = .008$), na Saúde Mental ($F = 4.493$, $p = .004$), na Componente Física ($F = 4.773$, $p = .003$) e na Componente Mental ($F = 3.776$, $p = .010$).

Tabela 37: Estatísticas do teste One-Way Anova (SF – 36 vs Estado Civil)

SF-36	Estado Civil	Soma dos quadrados	df	Média dos quadrados	F	p
Funcionamento Físico	Entre Grupos	12389.010	3	4129.670	5.026	.002
	Dentro dos Grupos	489678.323	596	821.608		
	Total	502067.333	599			
Desempenho Físico	Entre Grupos	7171.547	3	2390.516	3.329	.019
	Dentro dos Grupos	427990.953	596	718.106		
	Total	435162.500	599			
Dor Corporal	Entre Grupos	15059.563	3	5019.854	4.394	.005
	Dentro dos Grupos	680822.835	596	1142.320		
	Total	695882.398	599			
Saúde Geral	Entre Grupos	2619.519	3	873.173	2.544	.050
	Dentro dos Grupos	204580.481	596	343.256		
	Total	207200.000	599			
Vitalidade	Entre Grupos	7366.123	3	2455.374	4.241	.006
	Dentro dos Grupos	345099.502	596	579.026		
	Total	352465.625	599			
Funcionamento Social	Entre Grupos	12441.312	3	4147.104	4.004	.008
	Dentro dos Grupos	617320.146	596	1035.772		
	Total	629761.458	599			
Desempenho Emocional	Entre Grupos	5881.664	3	1960.555	1.132	.335
	Dentro dos Grupos	1032101.669	596	1731.714		
	Total	1037983.333	599			
Saúde Mental	Entre Grupos	8388.711	3	2796.237	4.493	.004
	Dentro dos Grupos	370934.783	596	622.374		
	Total	379323.493	599			
Componente Física	Entre Grupos	5867.621	3	1955.874	4.773	.003
	Dentro dos Grupos	244205.996	596	409.742		
	Total	250073.617	599			
Componente Mental	Entre Grupos	6193.188	3	2064.396	3.776	.010
	Dentro dos Grupos	325813.301	596	546.667		
	Total	332006.489	599			

Para identificar as diferenças estatisticamente significativas encontradas no teste *Anova*, executaram-se testes de comparação múltipla à posterior de *Tukey*.

As diferenças significativas nos scores do Funcionamento Físico (tabela 38) encontram-se entre os casados/união de facto e os viúvos, sendo estes superiores nos casados/união de facto (41.15 vs 30.73).

Tabela 38: Teste Tukey (Funcionamento Físico no SF-36 vs Estado Civil)

Estado Civil	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
Viúvo	369	30.73	
Solteiro	56	30.80	30.80
Divorciado	19	34.47	34.47
Casado/união facto	156		41.15
Sig.		.857	.059

Os idosos com o estado civil “casados/união de facto”(tabela 39) obtiveram valores significativamente mais elevados no Desempenho Físico (36.54) do que os idosos (viúvos e divorciados).

Tabela 39: Teste Tukey (Desempenho Físico no SF-36 vs Estado Civil)

Estado Civil	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
Divorciado	19	27.63	
Viúvo	369	28.59	
Solteiro	56	29.91	29.91
Casado/união facto	156		36.54
Sig.		.928	.213

Os idosos solteiros (tabela 40) obtiveram valores significativamente mais elevados na Dor Corporal (42.66) do que os restantes idosos (casados/união de facto, viúvos e divorciados)

Tabela 40: Teste Tukey (Dor Corporal no SF-36 vs Estado Civil)

Estado Civil	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
Divorciado	19	15.26	
Viúvo	369		34.68
Casado/união facto	156		40.99
Solteiro	56		42.66
Sig.		1.000	.637

Os idosos casados/união de facto (tabela 41) obtiveram valores significativamente mais elevados na percepção da Saúde Geral (47.99) do que os restantes idosos (viúvos, solteiros e divorciados)

Tabela 41: *Teste Tukey (Saúde Geral no SF-36 vs Estado Civil)*

Estado Civil	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
Divorciado	19	35,84	
Solteiro	56		45,93
Viúvo	369		47,32
Casado/união facto	156		47,99
Sig.		1,000	,945

Os idosos solteiros (tabela 42) obtiveram valores significativamente mais elevados na Vitalidade (57.86) do que os restantes idosos (casados/união de facto, viúvos e divorciados)

Tabela 42: *Teste Tukey (Vitalidade no SF-36 vs Estado Civil)*

Estado Civil	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
Divorciado	19	45,79	
Viúvo	369	50,87	
Casado/união facto	156		57,66
Solteiro	56		57,86
Sig.		,603	,998

Os idosos com o estado civil “casados/união de facto” (tabela 43) obtiveram valores significativamente mais elevados no Funcionamento Social (74.52) do que os restantes idosos.

Tabela 43: *Teste Tukey (Funcionamento Social no SF-36 vs Estado Civil)*

Estado Civil	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
Divorciado	19	50,00	
Solteiro	56	65,85	65,85
Viúvo	369		72,66
Casado/união facto	156		74,52
Sig.		,066	,531

Os idosos solteiros (tabela 44) obtiveram valores significativamente mais elevados na Saúde Mental (62.36) do que os restantes idosos (casados/união de facto, viúvos e divorciados).

Tabela 44: Teste Tukey (Saúde Mental no SF-36 vs Estado Civil)

Estado Civil	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
Divorciado	19	40,00	
Viúvo	369		58,84
Casado/união facto	156		61,44
Solteiro	56		62,36
Sig.		1,000	,894

As diferenças significativas nos scores da Componente Física (tabela 45) encontram-se entre divorciados e casados/uniões de facto, sendo estes superiores nos casados /uniões de facto (41.67 vs 28.30).

Tabela 45: Teste Tukey (Componente Física no SF-36 vs Estado Civil)

Estado Civil	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
Divorciado	19	28,30	
Viúvo	369	35,33	35,33
Solteiro	56	37,33	37,33
Casado/união facto	156		41,67
Sig.		,115	,397

Os idosos com o estado civil “casados/união de facto” (tabela 46) obtiveram valores significativamente mais elevados na Componente Mental (63.84) do que os restantes idosos (solteiros, viúvos e divorciados).

Tabela 46: Teste Tukey (Componente Mental no SF-36 vs Estado Civil)

Estado Civil	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
Divorciado	19	44,91	
Viúvo	369		60,77
Solteiro	56		60,95
Casado/união facto	156		63,84
Sig.		1,000	,912

SF – 36 vs Habilitações Literárias

O teste *One-Way Anova* (tabela 47) permite concluir que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.01$, $p \leq 0.05$) no Funcionamento Físico ($F = 27.430$, $p = .000$), no Desempenho Físico ($F = 10.670$, $p = .000$), na Saúde Geral ($F = 5.090$, $p = .006$), Vitalidade ($F = 8.835$, $p = .000$), na Saúde Mental ($F = 4.662$, $p = .005$), na Componente Física ($F = 22.673$, $p = .000$) e na Componente Mental ($F = 3.266$, $p = .039$).

Tabela 47: Estatísticas do teste *One-Way Anova* (SF -36 vs Habilitações Literárias)

SF -36	Habilitações Literárias	Soma dos quadrados	df	Média dos quadrados	F	p
Funcionamento Físico	Entre Grupos	3851.737	2	19256.368	27.430	.000
	Dentro dos Grupos	391728.261	558	702.022		
	Total	430240.998	560			
Desempenho Físico	Entre Grupos	12974.550	2	6487.275	10.670	.000
	Dentro dos Grupos	339258.071	558	607.989		
	Total	352232.620	560			
Dor Corporal	Entre Grupos	17622.405	2	8811.202	8.175	.484
	Dentro dos Grupos	601405.096	558	1077.787		
	Total	619027.501	560			
Saúde Geral	Entre Grupos	3352.609	2	1676.305	5.090	.006
	Dentro dos Grupos	183768.952	558	329.335		
	Total	187121.561	560			
Vitalidade	Entre Grupos	9825.470	2	4912.735	8.835	.000
	Dentro dos Grupos	310269.984	558	556.039		
	Total	320095.455	560			
Funcionamento Social	Entre Grupos	1505.810	2	752.905	.705	.495
	Dentro dos Grupos	595872.198	558	1067.871		
	Total	597378.008	560			
Desempenho Emocional	Entre Grupos	1987.052	2	993.526	.574	.564
	Dentro dos Grupos	966569.098	558	1732.203		
	Total	968556.150	560			
Saúde Mental	Entre Grupos	5676.723	2	2838.361	4.662	.005
	Dentro dos Grupos	339734.414	558	608.843		
	Total	345411.137	560			
Componente Física	Entre Grupos	15252.660	2	7626.330	22.673	.000
	Dentro dos Grupos	187689.980	558	336.362		
	Total	202942.639	560			
Componente Mental	Entre Grupos	3521.694	2	1760.847	3.266	.039
	Dentro dos Grupos	300885.046	558	539.221		
	Total	304406.739	560			

Para identificar as diferenças estatisticamente significativas encontradas no teste *Anova*, executaram-se testes de comparação múltipla à posterior de *Tukey*.

Os idosos com o 1º ciclo completo obtiveram valores significativamente mais elevados no Funcionamento Físico (45.74) do que os idosos com o 1.º ciclo incompleto e analfabetos (tabela 48).

Tabela 48: *Teste Tukey (Funcionamento Físico no SF-36 vs Habilidades Literárias)*

Habilidades Literárias	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
Analfabeto	166	23.07	
1º ciclo incompleto	267	29.81	
1º ciclo completo	128		45.74
Sig.		.050	1.000

Os idosos com o 1º ciclo completo (tabela 49) obtiveram valores significativamente mais elevados no Desempenho Físico (37.89) do que os idosos com o 1.º ciclo incompleto e analfabetos.

Tabela 49: *Teste Tukey (Desempenho Físico no SF-36 vs Habilidades Literárias)*

Habilidades Literárias	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
Analfabeto	166	25.15	
1º ciclo incompleto	267	27.72	
1º ciclo completo	128		37.89
Sig.		.602	1.000

As diferenças significativas nos scores da Saúde Geral (tabela 50) encontram-se entre analfabetos e 1.º ciclo completo, sendo estas superiores no 1.º ciclo completo (49.26 vs 42.69).

Tabela 50: *Teste Tukey (Saúde Geral no SF-36 vs Habilidades Literárias)*

Habilidades Literárias	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
Analfabeto	166	42.69	
1º ciclo incompleto	267	46.84	46.84
1º ciclo completo	128		49.26
Sig.		.088	.434

Os idosos com o 1º ciclo completo obtiveram valores significativamente mais elevados na Vitalidade (58.28) do que os idosos com o 1.º ciclo incompleto e analfabetos (tabela 51).

Tabela 51: *Teste Tukey (Vitalidade no SF-36 vs Habilidades Literárias)*

Habilidades Literárias	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
Analfabeto	166	46.63	
1º ciclo incompleto	267	51.95	
1º ciclo completo	128		58.28
Sig.		.094	1.000

As diferenças significativas na Saúde Mental (tabela 52) encontram-se entre analfabetos e 1.º ciclo completo, sendo estas superiores no 1.º ciclo completo (62.44 vs 53.71).

Tabela 52: *Teste Tukey (Saúde Mental no SF-36 vs Habilidades Literárias)*

Habilidades Literárias	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
Analfabeto	166	53.71	
1º ciclo incompleto	267	58.62	58.62
1º ciclo completo	128		62.44
Sig.		.158	.327

Os idosos com o 1º ciclo completo obtiveram valores significativamente mais elevados na Componente Física (44.12) do que os idosos com o 1.º ciclo incompleto e analfabetos (tabela 53).

Tabela 53: *Teste Tukey (Componente Física no SF-36 vs Habilidades Literárias)*

Habilidades Literárias	n	Subconjunto de alpha = .05		
		1	2	3
Analfabeto	166	29.74		
1º ciclo incompleto	267		34.52	
1º ciclo completo	128			44.12
Sig.		1.000	1.000	1.000

As diferenças significativas na Componente Mental (tabela 54) encontram-se entre o 1.º ciclo completo e analfabetos, sendo estas superiores no 1.º ciclo completo (64.31 vs 57.38).

Tabela 54: *Teste Tukey (Componente Mental no SF-36 vs Habilidades Literárias)*

Habilidades Literárias	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
Analfabeto	166	57.38	
1º ciclo incompleto	267	59.79	59.79
1º ciclo completo	128		64.31
Sig.		.605	.171

SF-36 vs Residência

Na tabela 55, verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.05$) no Funcionamento Físico ($t = 1.911$, $p = .050$) e na Vitalidade ($t = 2.178$, $p = .030$). Os idosos que residiam em meio urbano obtiveram valores significativamente mais elevados no Funcionamento Físico (35.74 vs 31.23) e na Vitalidade (55.19 vs 50.89).

Tabela 55: *Estatísticas do teste t de Student para amostras independentes (SF-36 vs Residência)*

SF – 36	Residência	n	Média	Desvio Padrão	t	P
Funcionamento Físico	Urbano	311	35.74	29.16	1.911	.050
	Rural	289	31.23	28.59		
Desempenho Físico	Urbano	311	32.48	29.42	1.642	.101
	Rural	289	28.89	23.94		
Dor Corporal	Urbano	311	35.64	34.13	-.602	.547
	Rural	289	37.32	34.07		
Saúde Geral	Urbano	311	47.43	19.70	.587	.558
	Rural	289	46.54	17.35		
Vitalidade	Urbano	311	55.19	24.96	2.178	.030
	Rural	289	50.89	23.31		
Funcionamento Social	Urbano	311	71.62	33.13	-.131	.895
	Rural	289	71.97	31.71		
Desempenho Emocional	Urbano	311	59.69	42.39	-.285	.776
	Rural	289	60.67	40.86		
Saúde Mental	Urbano	311	58.06	25.73	-1.201	.230
	Rural	289	60.53	24.52		
Componente Física	Urbano	311	37.82	21.47	1.094	.274
	Rural	289	35.99	19.24		
Componente Mental	Urbano	311	61.14	24.63	.066	.947
	Rural	289	61.02	22.36		

BMMRS vs Grupo etário

O teste *One-Way Anova* (tabela 56) revela que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.01$, $p \leq 0.05$) nas Experiências Espirituais ($F = 3.713$, $p = .025$), no *Coping* Religioso e Espiritual positivo ($F = 9.305$, $p = .000$), no *Coping* Religioso e Espiritual negativo ($F=9.215$, $p = .000$) e na Religião Organizacional ($F=8.777$, $p = .000$).

Tabela 56: Estatísticas do teste One-Way Anova (BMMRS vs Grupo Etário)

BMMRS	Grupo Etário	Soma dos quadrados	df	Média dos quadrados	F	p
Experiências Espirituais	Entre Grupos	102.507	2	51.254	3.713	.025
	Dentro dos Grupos	8241.786	597	13.805		
	Total	8344.293	599			
Valores e Crenças	Entre Grupos	7.697	2	3.848	2.251	.106
	Dentro dos Grupos	1020.677	597	1.710		
	Total	1028.373	599			
Perdão	Entre Grupos	3.017	2	1.509	.757	.469
	Dentro dos Grupos	1189.276	597	1.992		
	Total	1192.293	599			
Práticas Religiosas Privadas	Entre Grupos	37.345	2	18.673	.614	.541
	Dentro dos Grupos	18153.920	597	30.409		
	Total	18191.265	599			
<i>Coping</i> Religioso e Espiritual positivo	Entre Grupos	102.438	2	51.219	9.305	.000
	Dentro dos Grupos	3286.035	597	5.504		
	Total	3388.473	599			
<i>Coping</i> Religioso e Espiritual negativo	Entre Grupos	133.308	2	66.654	9.215	.000
	Dentro dos Grupos	4318.357	597	7.233		
	Total	4451.665	599			
Suporte Religioso benéfico	Entre Grupos	3,569	2	1,785	.350	.705
	Dentro dos Grupos	3042,024	597	5,096		
	Total	3045,593	599			
Suporte Religioso problemático	Entre Grupos	3,137	2	1,569	.746	.475
	Dentro dos Grupos	1255,656	597	2,103		
	Total	1258,793	599			
Religião Organizacional	Entre Grupos	110.713	2	55.357	8.777	.000
	Dentro dos Grupos	3765.127	597	6.307		
	Total	3875.840	599			
Intensidade Religiosa e Espiritual	Entre Grupos	5.528	2	2.764	2.299	.101
	Dentro dos Grupos	717.670	597	1.202		
	Total	723.198	599			
Significado/Sentido	Entre Grupos	6.045	2	3.022	2.769	.064
	Dentro dos Grupos	651.580	597	1.091		
	Total	657.625	599			

Para identificar as diferenças estatisticamente significativas encontradas no teste *Anova*, executaram-se testes de comparação múltipla à posterior de *Tukey*.

As diferenças significativas (tabela 57) encontram-se entre os grupos etários 65-74 anos e 75- 84 anos, sendo as Experiências Espirituais superiores (valores baixos na *BMMRS*) no grupo etário 65- 74 anos (28.32 vs 29.26).

Tabela 57: *Teste Tukey (Experiências Espirituais na BMMRS vs Grupo etário)*

Grupo Etário	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
65-74 anos	191	28.32	
> 84 anos	122	28.89	28.89
75-84	287		29.26
Sig.		.324	.601

As diferenças significativas (tabela 58) nos scores do *Coping* Religioso Espiritual positivo encontram-se entre os grupos etários 65-74 anos e 75- 84 anos, sendo estes superiores (valores baixos na *BMMRS*) no grupo etário 65-74 anos (15.86 vs 16.81).

Tabela 58: *Teste Tukey (Coping Religioso e Espiritual positivo na BMMRS vs Grupo Etário)*

Grupo Etário	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
65-74 anos	191	15.86	
> 84 anos	122	16.39	16.39
75-84	287		16.81
Sig.		.086	.219

As diferenças significativas (tabela 59) nos scores do *Coping* Religioso Espiritual negativo encontram-se entre os grupos etários 65-74 anos e 75-84 anos, sendo estes superiores (valores baixos na *BMMRS*) no grupo etário 65-74 anos (17.03 vs 18.11).

Tabela 59: *Teste Tukey (Coping Religioso e Espiritual negativo na BMMRS vs Grupo Etário)*

Grupo Etário	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
65-74 anos	191	17.03	
> 84 anos	122	17.61	17.61
75-84	287		18.11
Sig.		.103	.196

As diferenças significativas (tabela 60) nos scores da Religião Organizacional encontram-se entre os grupos etários > 84 anos e 65-74 anos, sendo estes superiores (valores baixos na *BMMRS*) no grupo etário > 84 anos (5.28 vs6.49).

Tabela 60: *Teste Tukey (Religião Organizacional na BMMRS vs Grupo Etário)*

Grupo Etário	N	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
> 84 anos	122	5.28	
75-84	287		6.10
65-74 anos	191		6.49
Sig.		1.000	.314

BMMRS vs Sexo

Ao relacionar a variável sexo com a *BMMRS* (tabela 61), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.01$, $p \leq 0.05$) nas Experiências Espirituais ($t = -5.193$, $p = .000$), nos Valores e Crenças ($t = -4.339$, $p = .000$), no Perdão ($t = -3.846$, $p = .000$), nas Práticas Religiosas Privadas ($t = -3.888$, $p = .000$), no *Coping* Religioso e Espiritual positivo ($t = -4.785$, $p = .000$), no *Coping* Religioso e Espiritual negativo ($t = -2.600$, $p = .010$), na Intensidade Religiosa e Espiritual ($t = -4.111$, $p = .000$) e no Sentido ($t = -2.514$, $p = .012$). Os idosos do sexo masculino, apresentaram médias mais baixas, o que significa na *BMMRS* que possuíam mais [Experiências Espirituais (27.16 vs 29.47), Valores e Crenças (6.40 vs 7.03), Intensidade Religiosa e Espiritual (6.49 vs 6.97), Sentido (6.94 vs 7.19)] e recorriam mais [às Práticas Religiosas Privadas (21.89 vs 24.42), ao *Coping* Religioso e Espiritual positivo (10.00 vs 10.92) e ao *Coping* Religioso e Espiritual negativo (5.44 vs 5.74)].

Tabela 61: Estatísticas do teste *t* de Student para amostras independentes (BMMRS vs Sexo)

BMMRS	Sexo	n	Desvio		t	P
			Média	Padrão		
Experiências Espirituais	Masculino	151	27.16	5.20	-5.193	.000
	Feminino	449	29.47	2.87		
Valores e Crenças	Masculino	151	6.40	1.65	-4.339	.000
	Feminino	449	7.03	1.33		
Perdão	Masculino	151	10.54	1.57	-3.846	.000
	Feminino	449	11.08	1.33		
Práticas Religiosas Privadas	Masculino	151	21.89	7.56	-3.888	.000
	Feminino	449	24.42	4.46		
Coping Religioso e Espiritual positivo	Masculino	151	10.00	2.24	-4.785	.000
	Feminino	449	10.92	1.30		
Coping Religioso e Espiritual negativo	Masculino	151	5.44	1.29	-2.600	.010
	Feminino	449	5.74	1.18		
Suporte Religioso benéfico	Masculino	151	4.68	2.23	.706	.480
	Feminino	449	4.53	2.27		
Suporte Religioso problemático	Masculino	151	4.42	1.52	1.116	.265
	Feminino	449	4.27	1.43		
Religião Organizacional	Masculino	151	5.93	2.62	-.705	.481
	Feminino	449	6.10	2.52		
Intensidade Religiosa/Espiritual	Masculino	151	6.49	1.31	-4.111	.000
	Feminino	449	6.97	.099		
Sentido/Significado	Masculino	151	6.94	1.27	-2.514	.012
	Feminino	449	7.19	.096		

BMMRS vs Estado Civil

O teste *One-Way Anova* (tabela 62) mostra que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.01$, $p \leq 0.05$) nas Experiências Espirituais ($F = 5.608$, $p = .001$), nos Valores e Crenças ($F=5.489$, $p = .001$), no *Coping* Religioso e Espiritual positivo ($F = 4.832$, $p = .005$) e no Suporte Religioso benéfico ($F = 2.539$, $p = .050$).

Tabela 62: Estatísticas do teste One-Way Anova (BMMRS vs Estado Civil)

BMMRS	Estado Civil	Soma dos quadrados	Média dos quadrados		F	p
			df			
Experiências Espirituais	Entre Grupos	229.062	3	76.354	5.608	.001
	Dentro dos Grupos	8115.231	596	13.616		
	Total	8344.293	599			
Valores e Crenças	Entre Grupos	27.651	3	9.217	5.489	.001
	Dentro dos Grupos	1000.723	596	1.679		
	Total	1028.373	599			
Perdão	Entre Grupos	14.324	3	4.775	2.416	.066
	Dentro dos Grupos	1177.970	596	1.976		
	Total	1192.293	599			
Práticas Religiosas Privadas	Entre Grupos	98.653	3	32.884	1.083	.356
	Dentro dos Grupos	18092.612	596	30.357		
	Total	18191.265	599			
Coping Religioso e Espiritual positivo	Entre Grupos	34.708	3	11.569	4.382	.005
	Dentro dos Grupos	1573.632	596	2.640		
	Total	1608.340	599			
Coping Religioso e Espiritual negativo	Entre Grupos	3.050	3	1.017	.688	.560
	Dentro dos Grupos	880.615	596	1.478		
	Total	883.665	599			
Suporte Religioso benéfico	Entre Grupos	38.425	3	12.808	2.539	.050
	Dentro dos Grupos	3007.168	596	5.046		
	Total	3045.593	599			
Suporte Religioso problemático	Entre Grupos	10.542	3	3.514	1.678	.171
	Dentro dos Grupos	1248.251	596	2.094		
	Total	1258.793	599			
Religião Organizacional	Entre Grupos	41.976	3	13.992	2.175	.090
	Dentro dos Grupos	3833.864	596	6.433		
	Total	3875.840	599			
Intensidade Religiosa e Espiritual	Entre Grupos	7.201	3	2.400	1.998	.113
	Dentro dos Grupos	715.998	596	1.201		
	Total	723.198	599			
Significado/Sentido	Entre Grupos	3.616	3	1.205	1.098	.349
	Dentro dos Grupos	654.009	596	1.097		
	Total	657.625	599			

Para identificar as diferenças estatisticamente significativas encontradas no teste *Anova*, executaram-se testes de comparação múltipla à posterior de *Tukey*.

As diferenças significativas nas Experiências Espirituais (tabela 63) encontram-se entre divorciados e viúvos, sendo estas superiores (valores baixos na *BMMRS*) nos divorciados (27.16 vs 29.35).

Tabela 63: Teste Tukey (Experiências Espirituais na BMMRS vs Estado Civil)

Estado Civil	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
Divorciado	19	27.16	
Solteiro	56	28.11	28.11
casado/união facto	156	28.28	28.28
Viúvo	369		29.35
Sig.		.427	.329

As diferenças significativas nos scores dos Valores e Crenças (tabela 64) encontram-se entre divorciados e viúvos, sendo estes superiores (valores baixos na *BMMRS*) nos divorciados (6.37 vs 7.04).

Tabela 64: *Teste Tukey (Valores e Crenças na BMMRS vs Estado Civil)*

Estado Civil	N	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
Divorciado	19	6.37	
Solteiro	56	6.55	6.55
Casado/união facto	156	6.66	6.66
Viúvo	369		7.04
Sig.		.672	.241

Os idosos divorciados (tabela 65) com (valores baixos na *BMMRS*) recorriam mais ao *Coping* Religioso e Espiritual positivo (9.89) do que os restantes idosos (solteiros e viúvos)

Tabela 65: *Teste Tukey (Coping Religioso e Espiritual positivo na BMMRS vs Estado Civil)*

Estado Civil	N	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
Divorciado	19	9.89	
Casado/união facto	156	10.40	10.40
Solteiro	56		10.73
Viúvo	369		10.85
Sig.		.408	.506

As diferenças significativas nos scores do Suporte Religioso benéfico (tabela 66) encontram-se entre divorciados e casados, sendo estes superiores (valores baixos na *BMMRS*) nos divorciados (3.74 vs 4.93).

Tabela 66: *Teste Tukey (Suporte Religioso benéfico na BMMRS vs Estado Civil)*

Estado Civil	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
Divorciado	19	3.74	
Viúvo	369	4.45	4.45
Solteiro	56	4.55	4.55
Casado/união facto	156		4.93
Sig.		.264	.711

BMMRS vs Habilitações Literárias

O teste *One-Way Anova* (tabela 67) permite concluir que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.01$, $p \leq 0.05$) nas Experiências Espirituais ($F = 6.170$, $p = .002$), nos Valores e Crenças ($F = 7.667$, $p = .001$), no *Coping* Religioso e Espiritual positivo ($F = 6.796$, $p = .001$), no Suporte Religioso problemático ($F = 19.166$, $p = .000$), na Religião Organizacional ($F = 5.548$, $p = .004$), na Intensidade Religiosa e Espiritual ($F = 5.761$, $p = .003$) e no Sentido ($F = 3.418$, $p = .033$).

Tabela 67: Estatísticas do teste *One-Way Anova* (BMMRS vs Habilitações Literárias)

BMMRS	Habilitações Literárias	Soma dos quadrados	df	Média dos quadrados	F	p
Experiências Espirituais	Entre Grupos	147.027	2	73.513	6.170	.002
	Dentro dos Grupos	6648.396	558	11.915		
	Total	6795.422	560			
Valores e Crenças	Entre Grupos	25.010	2	12.505	7.667	.001
	Dentro dos Grupos	910.138	558	1.631		
	Total	935.148	560			
Perdão	Entre Grupos	1.532	2	.766	.398	.672
	Dentro dos Grupos	1074.404	558	1.925		
	Total	1075.936	560			
Práticas Religiosas Privadas	Entre Grupos	13.306	2	6.653	.243	.784
	Dentro dos Grupos	15250.395	558	27.330		
	Total	15263.701	560			
<i>Coping</i> Religioso e Espiritual positivo	Entre Grupos	33.088	2	16.544	6.796	.001
	Dentro dos Grupos	1358.434	558	2.434		
	Total	1391.522	560			
<i>Coping</i> Religioso e Espiritual negativo	Entre Grupos	6.717	2	3.358	2.488	.084
	Dentro dos Grupos	753.176	558	1.350		
	Total	759.893	560			
Suporte Religioso benéfico	Entre Grupos	10.767	2	5.383	1.072	.343
	Dentro dos Grupos	2802.998	558	5.023		
	Total	2813.765	560			
Suporte Religioso problemático	Entre Grupos	74.052	2	37.026	19.166	.000
	Dentro dos Grupos	1078.005	558	1.932		
	Total	1152.057	560			
Religião Organizacional	Entre Grupos	67.572	2	33.786	5.548	.004
	Dentro dos Grupos	3398.249	558	6.090		
	Total	3465.822	560			
Intensidade Religiosa / Espiritual	Entre Grupos	12.963	2	6.481	5.761	.003
	Dentro dos Grupos	627.736	558	1.125		
	Total	640.699	560			
Significado/ Sentido	Entre Grupos	6.832	2	3.416	3.418	.033
	Dentro dos Grupos	557.760	558	1.000		
	Total	564.592	560			

As diferenças significativas nas Experiências Espirituais (tabela 68) encontram-se entre analfabeto e 1.º ciclo completo, sendo estas superiores (valores baixos na *BMMRS*) no 1.º ciclo completo (28.16 vs 29.59).

Tabela 68: *Teste Tukey (Experiências Espirituais na BMMRS vs Habilitações Literárias)*

Habilitações Literárias	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
1º ciclo completo	128	28.16	
1º ciclo incompleto	267	28.97	28.97
Analfabeto	166		29.59
Sig.		.082	.218

Os idosos com o 1.º ciclo completo (valores baixos na *BMMRS*) recorriam mais aos Valores e Crenças (6.70vs 7.21) do que os restantes idosos com o 1.º ciclo incompleto e analfabetos (tabela 69).

Tabela 69: *Teste Tukey (Valores e Crenças na BMMRS vs Habilitações Literárias)*

Habilitações Literárias	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
1º ciclo completo	128	6.70	
1º ciclo incompleto	267	6.78	
Analfabeto	166		7.21
Sig.		.802	1.000

As diferenças significativas no *Coping* Religioso e Espiritual positivo (tabela 70) encontram-se entre analfabeto e 1.º ciclo completo, sendo estas superiores (valores baixos na *BMMRS*) no 1.º ciclo completo (10.41 vs 11.07).

Tabela 70: *Teste Tukey (Coping Religioso e Espiritual positivo na BMMRS vs Habilitações Literárias)*

Habilitações Literárias	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
1º ciclo completo	128	10.41	
1º ciclo incompleto	267	10.70	10.70
Analfabeto	166		11.07
Sig.		.199	.068

Os idosos analfabetos com (valores baixos na *BMMRS*) recorriam mais ao Suporte Religioso problemático (3.77) do que os restantes idosos com o 1.º ciclo incompleto e 1.º ciclo completo (tabela 71).

Tabela 71: *Teste Tukey (Suporte Religioso problemático na BMMRS vs Habilidades Literárias)*

Habilidades Literárias	N	Subconjunto de alpha = .05		
		1	2	3
Analfabeto	166	3.77		
1º ciclo incompleto	267		4.31	
1º ciclo completo	128			4.77
Sig.		1.000	1.000	1.000

As diferenças significativas nos scores da Religião Organizacional (tabela 72) encontram-se entre analfabeto e 1.º ciclo completo (5.54 vs 6.50), sendo superiores (valores baixos na *BMMRS*) nos analfabetos (5.54 vs 6.50).

Tabela 72: *Teste Tukey (Religião Organizacional na BMMRS vs Habilidades Literárias)*

Habilidades Literárias	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
Analfabeto	166	5.54	
1º ciclo incompleto	267	6.01	6.01
1º ciclo completo	128		6.50
Sig.		.178	.161

As diferenças significativas nos scores da Intensidade Religiosa e Espiritual (tabela 73) encontram-se entre 1.º ciclo completo e analfabeto, sendo superiores (valores baixos na *BMMRS*) no 1.º ciclo completo (6.67 vs 7.09).

Tabela 73: *Teste Tukey (Intensidade Religiosa e Espiritual na BMMRS vs Habilidades Literárias)*

Habilidades Literárias	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
1º ciclo completo	128	6.67	
1º ciclo incompleto	267	6.86	6.86
Analfabeto	166		7.09
Sig.		.225	.115

As diferenças significativas no Sentido (tabela 74) encontram-se entre 1.º ciclo completo e analfabeto, sendo estas superiores (valores baixos na *BMMRS*) no 1.º ciclo completo (6.98 vs 7.29).

Tabela 74: *Teste Tukey (Sentido na BMMRS vs Habilitações Literárias)*

Habilitações Literárias	n	Subconjunto de alpha = .05	
		1	2
1º ciclo completo	128	6.98	
1º ciclo incompleto	267	7.13	7.13
Analfabeto	166		7.29
Sig.		.384	.294

BMMRS vs Residência

Ao relacionar a variável residência com a *BMMRS* (tabela 75), verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0.01$, $p \leq 0.05$) no *Coping* Religioso e Espiritual positivo ($t = 2.222$, $p = .027$) no Suporte Religioso benéfico ($t = -2.739$, $p = .006$) e no Sentido ($t = 2.121$, $p = .034$). Os idosos que residiam em meio rural obtiveram médias significativamente mais baixas, o que significa na *BMMRS* que recorriam mais ao *Coping* Religioso e Espiritual positivo (10.54 vs 10.83) e possuíam mais Sentido de vida (7.03 vs 7.21), enquanto os idosos residentes em meio urbano com médias significativamente mais baixas recorriam mais ao Suporte Religioso benéfico (4.32 vs 4.82).

Tabela 75: *Estatísticas do teste t de Student para amostras independentes (BMMRS vs Residência)*

<i>BMMRS</i>	Residência	n	Média	Desvio Padrão	t	p
Experiências Espirituais	Urbano	311	28,83	4,14	-366	.714
	Rural	289	28,94	3,24		
Valores e Crenças	Urbano	311	6,95	1,32	1.460	.145
	rural	289	6,79	1,29		
Perdão	urbano	311	10,99	1,35	.787	.432
	rural	289	10,90	1,47		
Práticas Religiosas e Privadas	urbano	311	23,76	5,93	-135	.892
	rural	289	23,82	5,02		
<i>Coping</i> Religioso e Espiritual positivo	urbano	311	10,83	1,69	2.222	.027
	rural	289	10,54	1,57		
<i>Coping</i> Religioso e Espiritual negativo	urbano	311	5,66	1,31	-.055	.956
	rural	289	5,67	1,10		
Suporte Religioso benéfico	urbano	311	4,32	2,30	-2.739	.006
	rural	289	4,82	2,18		
Suporte Religioso problemático	urbano	311	4,23	1,44	-1.260	.208
	rural	289	4,38	1,46		
Religião Organizacional	urbano	311	6,07	2,41	.107	.915
	rural	289	6,05	2,69		
Intensidade Religiosa/ Espiritual	urbano	311	6,87	1,13	.533	.594
	rural	289	6,82	1,07		
Significado/Sentido	urbano	311	7,21	1,10	2.121	.034
	rural	289	7,03	,99		

H3: As variáveis religiosidade, espiritualidade da *BMMRS* e sóciodemográficas (idade/grupo etário, sexo, estado civil, habilitações literárias, residência) são preditoras significativas da saúde e bem – estar (SF-36)

Componente Física (SF – 36)

Para compreender quais eram as variáveis mais importantes na explicação da variância da componente física da saúde (SF-36) fez-se uma regressão múltipla *stepwise* e hierárquica, entrando num primeiro bloco as variáveis demográficas e num 2.º bloco as variáveis relacionadas com a *BMMRS*.

O nosso modelo parou no 6.º passo, explicando no total 21.9% da variância da Componente Física ($R^2 = .0219$; $F_{(6,593)} = 27.660$, $p=.000$). As variáveis (independentes) que se revelaram melhores preditoras por ordem de importância foram: habilitações literárias, sexo, religião organizacional, *coping* religioso e espiritual “negativo”, suporte religioso “problemático” e práticas religiosas privadas. O modelo excluiu como variáveis potencialmente explicativas: a idade, estado civil, residência, experiências espirituais, valores e crenças, perdão, intensidade religiosa, sentido, *coping* religioso e espiritual positivo e suporte religioso benéfico (tabela 76).

Tabela 76: Resultados da regressão múltipla *stepwise* e hierárquica para a variável
Componente Física

Variável Critério (variável dependente)	Variáveis Predictoras (independentes)	Coeficientes		<i>t</i>	<i>p</i>	
		Não- Padronizado				Coeficientes
		B	Erro Padrão			B
Componente Física						
	(Constante)	46.889	5.909	7.936	.000 **	
	Habilitações Literárias	4.894	.680	.283	7.201 .000 **	
	Sexo	-6.926	1.782	-.147	-3.887 .000 **	
	Religião Organizacional	1.204	.325	.150	3.708 .000 **	
	<i>Coping</i> Religioso e Espiritual negativo	-1.664	.641	-.099	-2.595 .010**	
	Suporte Religioso problemático	1.329	.547	.094	2.429 .015*	
	Práticas Religiosas Privadas	-.300	.149	-.081	-2.011 .045*	

** $p \leq 0.01$, * $p \leq 0.05$

Componente Mental da Saúde (SF – 36)

Para compreender quais eram as variáveis mais importantes na explicação da variância da componente mental da saúde (SF-36) fez-se uma regressão múltipla *stepwise* e hierárquica, entrando num 1.º bloco as variáveis demográficas e num 2.º bloco as variáveis relacionadas com a *BMMRS* (tabela 77).

O nosso modelo parou no 3º passo, explicando apenas 7.5 % da variância da Componente Mental ($R^2 = .075$; $F_{(3,596)} = 16.011$, $p = .000$). As variáveis que se revelaram melhores preditoras foram, por ordem de importância: habilitações literárias, sexo, intensidade religiosa e espiritual. O modelo excluiu como variáveis potencialmente explicativas da componente mental da saúde: idade, estado civil, residência, experiências espirituais, valores e crenças, perdão, práticas religiosas privadas, *coping* religioso e espiritual positivo; *coping* religioso e espiritual negativo, suporte religioso benéfico, suporte religioso problemático, religião organizacional e sentido.

Tabela 77: Resultados da regressão múltipla *stepwise* e hierárquica para a variável *Componente Mental*

Variável critério (variável dependente)	Variáveis Predictoras (variáveis independentes)	Coeficientes		Coeficientes Padronizados B	t	p
		Não- Padronizado				
		B	Erro Padrão			
Componente Mental						
	(constante)	49.807	6.897		7.221	.000 **
	Habilitações Literárias	3.670	.809	.184	4.539	.000 **
	Sexo	-8.621	2.207	-.159	-3.906	.000 **
	Intensidade Religiosa e Espiritual	3.221	.869	.150	3.707	.000 **

** $p \leq 0.01$

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No capítulo, optou-se por apresentar a discussão dos resultados, realçando sempre que possível as convergências ou divergências em relação aos estudos apresentados na revisão da literatura e tendo presente o objectivo que norteou a investigação, isto é estudar a saúde e bem-estar (SF-36) e sua relação com as variáveis **religiosidade/espiritualidade** (*BMMRS*) e sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, residência), e o possível valor preditivo dessas variáveis na componente física e mental da SF-36.

Por questões de organização, a discussão dos resultados será efectuada de acordo com a estrutura usada no capítulo anterior, começando pela caracterização da amostra (sociodemográfica e da religiosidade, espiritualidade), seguida da discussão das hipóteses e das variáveis predictoras das Componentes Física e Mental (SF-36).

2.1 Análise Descritiva

O primeiro procedimento analítico deste estudo foi identificar as características sociodemográficas e da religiosidade, espiritualidade das pessoas idosas.

2.1.1 Caracterização sócio-demográfica dos idosos

A idade média da amostra estudada, constituída por 600 idosos, era 78,09 anos (DP=7.49), variando entre 65 e 98 anos. Dos três grupos etários constituídos, 32% eram idosos jovens (65-74 anos), 48% idosos (75- 84 anos) e 20% muito idosos (> 84 anos).

Relativamente ao sexo, a maioria (74,8%) era do sexo feminino, o que está de acordo com a maior esperança de vida à nascença das mulheres (PNS, 2004-2010). Quanto ao estado civil, 61,5% eram viúvos. Em termos de escolaridades, 27,7% dos idosos eram analfabetos, 44,5% tinham o 1.º ciclo incompleto, 21,3% o 1.º ciclo do ensino básico completo e 51,8% residiam em meio urbano.

2.1.2 Religiosidade, Espiritualidade das pessoas idosas

As dimensões religiosas e espirituais da amostra foram estudadas através da Escala Multidimensional da Religiosidade/Espiritualidade (*Brief Multidimensional Measurement of*

Religiousness/Spirituality - BMMRS), sujeita a tradução e adaptação cultural para português Europeu. A análise aos resultados obtidos permite destacar e formular os seguintes argumentos:

- As **experiências espirituais** eram vivenciadas diariamente pelos idosos em dois tipos de relacionamentos (**vertical** com o transcendente “Deus” e **horizontal** com o *self*, os outros e a natureza), convergentes com a classificação de O’Brien (2003), Pesut (2002), Emblen (1992) e Stoll (1989), e com as teorias do desenvolvimento do adulto abordadas por Mead (1934), Frenkel (1936), Frankl (1966), Bühler (1968), Maslow (1970), Levinson (1978), Jung (1988), Adler (1982), Erikson (1950, 1986) e as teorias do desenvolvimento espiritual, religioso e da fé focadas por Hiat (1986), Love e Talbot’s (1999) e Fowler (1987), quando realçam que as questões de ordem metafísica iniciam na meia-idade, com tendência a acentuar-se com o passar dos anos;
- Nos **valores e crenças**, a maioria dos idosos referiu acreditar num Deus que olhava por eles, não se sentindo responsáveis pela redução da dor e do sofrimento no mundo. Estes resultados revelam a importância do transcendente “Deus” nas suas vidas e o que eles sentem e pensam acerca deles próprios e da realidade, indo assim ao encontro das teorias de desenvolvimento do adulto e do desenvolvimento espiritual, religioso e da fé supracitadas;
- No **perdão**, a maioria **perdoava sempre ou quase sempre** a eles próprios, a quem os magoava, sabendo que Deus os perdoava *sempre ou quase sempre*, o que está de acordo com os estudos de (Toussaint *et al.*, 2001; Mullet *et al.*, 1998 e Girard & Mullet, 1997). As pessoas idosas perdoam mais facilmente que os outros grupos etários (adultos e adolescentes) e o envolvimento religioso influencia a disponibilidade ou vontade de perdoar, sobretudo nas pessoas idosas (Mullet *et al.*, 2003; Edwards *et al.*, 2002);
- Nas **práticas religiosas privadas**, 59% dos idosos rezavam em privado em locais que não a igreja ou sinagoga; 53,5% meditavam *mais que uma vez ao dia* na sua tradição religiosa; 20,5% viam e ouviam *uma vez por dia* e 40,8% viam e ouviam *uma vez na semana* programas religiosos na televisão ou rádio; 69,3% nunca liam a Bíblia ou outras literaturas religiosas e 45% *nunca* davam graças ou rezavam em sua casa antes ou depois das refeições;

- No ***coping* religioso e espiritual**, 80,7% afirmaram que a sua religião estava *bastante* envolvida na compreensão e na forma como enfrentavam situações stressantes. Este resultado está de acordo com as afirmações de Emery e Pargament (2004); Pargament *et al.* (2000) e Pargament (1997), muitos idosos referem usar a religião como estratégia de *coping* nas situações de stress. Neste ponto, ainda distinguimos dois tipos: “**positivo**” e “**negativo**”. Quanto ao primeiro, 74% dos idosos pensavam *bastante* na sua vida como sendo parte de uma força espiritual superior; 52,5% trabalhavam *bastante* como parceiro de Deus e 71,3% olhavam *bastante* para Deus em busca de força, amparo e orientação. Estes resultados vão ao encontro do que afirma Oliveira (2008, p. 38): “...em geral os idosos encontram na religião, mais ou menos vivida ou tradicional, um grande apoio para os ajudar a confrontar-se com as mazelas próprias da idade ...”. No que toca ao segundo aspecto, 75% sentiam que *Deus de forma nenhuma* os castigava pelos seus pecados ou pela falta de espiritualidade; 90,3% sabiam que *Deus de forma nenhuma* os abandonava e 54,3% tentavam *bastante* perceber a situação e decidir o que fazer sem depender tanto de Deus;
- No **suporte religioso**, também distinguimos dois tipos: “benéfico” e “problemático”. Quanto ao suporte religioso **benéfico**, 15,7% dos inquiridos responderam que teriam *muita ajuda* e 34,7% *alguma ajuda* das pessoas da sua paróquia se estivessem doentes; 16,8% afirmaram que teriam *muito* reconforto e 35,2% *algum* reconforto das pessoas da sua paróquia se tivessem um problema ou se deparassem com uma situação complicada. No que toca ao suporte religioso **problemático**, 77,3% dos idosos referiram que *nunca* foram solicitados pelas pessoas da sua paróquia; 12,3% que as pessoas da sua paróquia eram críticas para com eles e suas acções *muito frequentemente*, 23% *frequentemente* e 24,5% *de vez em quando*;
- Na **história religiosa/espiritual**, 24% dos idosos referiram ter tido uma experiência religiosa/espiritual que contribuiu para mudar a sua vida, 67,8% tiveram um aumento significativo da sua fé. Estes dados estão de acordo com as afirmações de vários autores, segundo os quais: a velhice é a idade religiosa por excelência (William James, citado por McFadden, 2005); as pessoas idosas estão mais propensas a serem religiosas (Ferraro & Kelley-Moore, 2000) e a religião e a espiritualidade são importantes na vida de muitos idosos (Atcheley, 2009; 2005). No entanto, 4,2% dos inquiridos manifestaram ter tido uma perda significativa de fé;

- No **compromisso**, a maioria esforçava-se por transpor as suas crenças para todos os aspectos da sua vida; a contribuição anual máxima dos idosos para a paróquia era de 4800 Euros, a média 47,14 ($DP = 275.43$) e o máximo de horas gastas pela amostra em actividades que envolviam a sua paróquia ou em actividades religiosas ou espirituais era 20, sendo a média de 4,80 ($DP = 2.94$);
- Na **religião organizacional**, 54% dos idosos assistiam a serviços religiosos *todas as semanas* ou *mais frequentemente* e, para além dos serviços religiosos, 53,5% participavam *uma ou duas vezes por ano* em outras actividades em locais de culto;
- Na **preferência religiosa**, a maioria da amostra (92,8%) referiu ser católica;
- Na **intensidade religiosa/espiritual**, 51% dos idosos referiram *ser moderadamente religiosos* e 42,2% simplesmente *muito religiosos*, enquanto que 57,2% consideraram ser *muito espirituais* e 37,7% *sê-lo moderadamente*. Os resultados são convergentes com os estudos que referem que as pessoas se tornam mais religiosas e espirituais desde a idade média à velhice (Moreira-Almeida *et al.*, 2006, Moody, 2005; Koenig *et al.*, 2004; Wink & Dillon, 2003; 2002)
- No **sentido (de vida)**, 52,3% *concordaram totalmente* e 44,3% *concordaram* que os acontecimentos da sua vida iam desenrolando de acordo com o plano divino superior; 70,3% *concordaram totalmente* com o sentimento de missão ou chamamento que tinham na sua vida. Os resultados reforçam as afirmações de Krause (2003) de que a religiosidade está relacionada com o sentido de vida, particularmente nos idosos e de Oliveira (2008), segundo o qual a busca de sentido é uma constante em todas as idades, e mais ainda na terceira idade através da religião e espiritualidade.

4.2 Teste de Hipóteses

A interpretação dos resultados no SF-36 deve ser efectuada de acordo com a sua cotação, isto é no geral os itens e escalas do SF-36 são cotados de tal modo que à **nota mais elevada** corresponde uma melhor: percepção do estado de Saúde, Funcionamento Físico, no entanto a escala da **Dor corporal** é cotada de modo a que à **nota mais elevada** corresponde a **ausência de Dor** (War, Kosinski & Gandek., 2005).

H1: Saúde e bem-estar (SF-36) está relacionada com a espiritualidade, religiosidade (*BMMRS*) das pessoas idosas.

As estatísticas do teste *t de Student* para amostras independentes (SF – 36 vs *BMMRS*) revelam que existem diferenças estatisticamente significativas a seguir identificadas (quadro 1, p.118):

- *SF-36 vs Experiências Espirituais* – os idosos com mais Experiências Espirituais (valores baixos na *BMMRS*) apresentaram valores médios significativamente mais elevados no Funcionamento Social (74,69 vs 67,43) e no Desempenho Emocional (63,27 vs 55,68). Os resultados corroboram com o que afirmam Oliveira (2008), Puchasliki (2001), Ellermann e Reed (2001), isto é, que a transcendência vivenciada através das experiências espirituais é um preditor importante da saúde mental e bem-estar e da qualidade de vida
- *SF-36 vs Valores e Crenças* – os idosos com mais Valores e Crenças (valores baixos na *BMMRS*) obtiveram valores médios significativamente mais baixos no Funcionamento Físico (30,58 vs 36,52) e na Dor Corporal (31,50 vs 40,37) e valores médios significativamente mais elevados no Funcionamento Social (78,91 vs 64,72), no Desempenho Emocional (65,89 vs 52,45) e na Componente Mental (64,62 vs 57,25). Os resultados obtidos no Funcionamento Físico e na Dor Corporal estão em conformidade com Braam *et al.*(2004),Koenig e Cohen (2002) e Bemson (1996), que referem que as crenças ajudam a transcender as perdas (bio-psico-sociais), nomeadamente o declínio no funcionamento físico e mobilizam efeitos placebo de tolerância à dor enquanto que os restantes dados (Funcionamento Social, Desempenho Emocional e Componente Mental), vão ao encontro das afirmações de que as crenças contribuem para emoções positivas, atitudes optimistas e bem-estar (Kirby *et al.*, 2004; Levin, 2003; Koenig & Cohen, 2002);
- *SF-36 vs Perdão* – os idosos que mais perdoavam (valores baixos na *BMMRS*) apresentaram valores médios significativamente mais baixos no Funcionamento Físico (30,94 vs 36,67), na Dor Corporal (32,32 vs 42,57) e na Componente Física (34,67 vs 39,11) Estes resultados não vão ao encontro dos estudos de Bono e McCullough (2004) e de Berry e Worthington (2001), que evidenciam que o perdão está relacionado com a melhor saúde física dos idosos.
- *SF-36 vs Práticas Religiosas Privadas* – os idosos com mais Práticas Religiosas Privadas (valores baixos na *BMMRS*) obtiveram valores médios significativamente mais baixos no Funcionamento Físico (28,57 vs 37,69), sendo este resultado convergente com Idler (2009) e Braam *et al.* (2004), quando referem que a religião pode ajudar o idoso a aceitar e a lidar com o decréscimo no funcionamento físico. O resultado diverge no

entanto dos estudos de Levin e Chatters (2008) e Krause (2004), que revelam que as práticas religiosas privadas têm efeitos salutogénicos na saúde física dos idosos, especificamente no funcionamento físico (Meisenhelder & Chandler, 2000);

- *SF-36 vs Coping Religioso e Espiritual positivo* – os idosos que recorriam mais (valores baixos na BMMRS) a este tipo de *coping* obtiveram valores médios significativamente mais baixos no Funcionamento Físico (29,06 vs 36,64), na Dor Corporal (30,58 vs 41,97) e na Componente Física (33,87 vs 39,54). Estes resultados não são convergentes com as evidências científicas que demonstraram existir uma associação positiva entre este tipo de *coping* e a qualidade de vida, mas são concordantes com a afirmação de que as pessoas em geral, e especificamente os idosos, recorrem mais a este tipo de *coping* para lidar com a dor, o *stress* ou as circunstâncias adversas (Koenig, 2008; Panzini & Bandeira, 2007; Koenig, 1999; Pargament *et al.*, 2000; Pargament *et al.*, 1998; Koenig *et al.*, 1998);
- *SF-36 vs Coping Religioso e Espiritual negativo* – os idosos que recorriam mais (valores baixos na BMMRS) a este tipo de *coping* obtiveram valores médios significativamente mais baixos no Funcionamento Físico (31,22 vs 37,61), no Desempenho Físico (28,95 vs 33,86), na Dor Corporal (32,20 vs 43,78), na Saúde Mental (57,35 vs 62,53) e na Componente Física (34,57 vs 41,04). Os resultados estão de acordo com os estudos que demonstraram que as pessoas que recorrem mais a este tipo de *coping* apresentam valores mais baixos na qualidade de vida e na saúde física e mental, (Panzini & Bandeira, 2007; Pargament *et al.*, 2000; Pargament *et al.*, 1998; Koenig *et al.*, 1998);
- *SF-36 vs Suporte Religioso benéfico* – os idosos que recorriam mais (valores baixos na BMMRS) a este tipo de suporte obtiveram valores médios significativamente mais elevados no Desempenho Físico (33,53 vs 28,32) e na Saúde Mental (62,70 vs 56,16). Os resultados confirmam o facto do suporte religioso estar associado a melhor saúde física e mental (Krause, 2006; 2004a, 2002; Parker, 2003; Berkman & Glass, 2000)
- *SF-36 vs Suporte Religioso problemático* – os idosos que recorriam mais (valores baixos na BMMRS) a este tipo de suporte apresentaram valores médios significativamente mais elevados no Funcionamento Físico (37,78 vs 28,17), na Dor Corporal (42,00 vs 30,14) na Saúde Geral (49,12 vs 44,79), na Componente Física (40,49 vs 32,96), na Saúde Mental (63,33 vs 54,66) e valores médios significativamente mais baixos no Funcionamento Social (68,97 vs 74,94). O resultado obtido no Funcionamento Social e na Dor Corporal não vai ao encontro do que os diversos autores referem, isto é, que o suporte religioso

proporciona integração, interação social, suporte social e emocional e que é um recurso poderoso, porque ajuda o idoso a regular e gerir as emoções negativas associadas a acontecimentos de vida, tais como perdas, declínio e dor (Oliveira, 2008; Krause, 2006; 2006a; 2004; Jones, 2004; Koenig & Larson, 2001);

- *SF-36 vs Religião Organizacional* – os idosos com mais práticas religiosas organizacionais (valores baixos na *BMMRS*) obtiveram valores médios significativamente mais elevados no Funcionamento Físico (39,44 vs 24,41), no Desempenho Físico (34,76 vs 25,84), na Saúde Geral (49,14 vs 44,27), na Vitalidade (55,98 vs 48,77), no Desempenho Emocional (66,06 vs 55,68), na Componente Física (40,37 vs 32,73) e na Componente Mental (64,40 vs 57,90). Os resultados estão de acordo com os estudos que revelam que as práticas religiosas organizacionais (públicas) promovem a qualidade de vida (saúde e bem-estar) dos idosos (Moody, 2005; Koenig, 2001; Neill & Kahn, 1999; McFadden, 1996);
- *SF-36 vs Intensidade Religiosa e Espiritual* – os idosos com mais Intensidade Religiosa e Espiritual (valores baixos na *BMMRS*) apresentaram valores médios significativamente mais elevados no Desempenho Físico (34,06 vs 29,69), no Funcionamento Social (76,26 vs 64,88), no Desempenho Emocional (66,06 vs 51,27) e na Componente Mental (63,52 vs 57,14) e valores médios significativamente mais baixos na Dor Corporal (31,57 vs 43,39). Os resultados são convergentes com vários autores, nomeadamente, com Koenig e Cohen (2002), Koenig (2001) e Koenig *et al* (1999), quando referem que o elevado envolvimento religioso proporciona melhor saúde física e mental, com Graf-Glover, (2007), Wachholtz e Pargament (2005), Koenig (2001) e ainda com o estudo de Rippentrop *et al.* (2005), que revelou uma relação entre o envolvimento religioso/espiritual e a dor corporal.
- *SF-36 vs Sentido* – os idosos com mais Sentido (valores baixos na *BMMRS*) obtiveram valores médios significativamente mais baixos na Dor corporal (32,59 vs 43,18) e valores médios significativamente mais elevados no Funcionamento Social (75,61 vs 66,07), no Desempenho Emocional (64,35 vs 53,21) e na Componente Mental (62,99 vs 58,47). Os resultados vão não só ao encontro das afirmações de Oliveira (2008) e de Rippentrop *et al.* (2005), ao referirem que a busca de sentido existencial através da religião e espiritualidade é uma constante em todas as idades, e mais ainda nos idosos quando confrontados com momentos cruciantes e dolorosos, como também do estudo de Krause

(2004b), que demonstra que o sentido de vida está relacionado com a qualidade de vida (saúde e bem-estar).

Quadro1: Saúde e Bem (SF-36) vs Religiosidade, Espiritualidade (BMMRS) das pessoas idosas

BMMRS Valores Baixos / correspondem a valores superiores, ou seja, a mais:	SF-36	
	Valores Elevados	Valores Baixos
Experiências Espirituais	Funcionamento Social Desempenho Emocional	
Valores e Crenças	Funcionamento Social Desempenho Emocional Componente Mental	Funcionamento Físico Dor Corporal(+)
Perdão		Funcionamento Físico Dor Corporal (+) Componente Física
Práticas Religiosas Privadas		Funcionamento Físico
<i>Coping</i> Religioso e Espiritual		Funcionamento Físico Dor Corporal(+) Componente Física
Positivo		
Negativo		Funcionamento Físico Desempenho Físico Dor Corporal(+) Saúde Mental Componente Física
Suporte Religioso		
Benéfico	Desempenho Físico Saúde Mental	
Problemático	Funcionamento Físico Dor corporal (-) Saúde Geral Componente Física Saúde Mental	Funcionamento Social
Religião Organizacional	Funcionamento Físico Desempenho Físico Saúde geral Vitalidade Desempenho Emocional Componente Física Componente Mental	
Intensidade Religiosa e Espiritual	Desempenho Físico Funcionamento Social Desempenho Emocional Componente Mental	Dor corporal(+)
Sentido de Vida	Funcionamento Social Desempenho Emocional Componente Mental	Dor Corporal(+)

H2: Saúde e bem-estar (SF-36) e espiritualidade, religiosidade (*BMMRS*) variam com as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, residência)

As estatísticas do teste *t student* e *One-Way Anova* e *Testes de Comparação Múltipla a posteriori de Tukey* permitem concluir que existem diferenças estatisticamente significativas nos seguintes pontos (quadro2, p.122):

- **SF-36 vs Grupo Etário** (*One-Way Anova* e *Testes de Comparação Múltipla a posteriori de Tukey*) – o grupo etário 65-74 anos obteve valores significativamente mais elevados no Funcionamento Físico, no Desempenho Físico, na Vitalidade e na Componente Física, enquanto que o grupo etário > 84 anos obteve valores significativamente mais elevados na Saúde Mental. Os resultados vão ao encontro dos resultados obtidos não só no Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 1995/1996 e 1998 /1999, que evidenciaram que o estado de saúde “muito bom” ou “bom” decresce com a idade (PNS, 2004-2010), como também nos estudos de Lima *et al.* (2009), Belvis *et al.* (2008) e Nikolic *et al.* (2003), excepto na Saúde Mental, uma vez que o grupo etário > 84 anos obteve valores significativamente mais elevados (SF-36). Ao analisar *BMMRS vs Grupo Etário* (*teste t de Student*), verifica-se que o grupo etário 65-74 anos apresentou valores superiores (valores baixos na *BMMRS*) nas Experiências Espirituais e no *Coping* Religioso e Espiritual positivo e negativo, o que está de acordo com o que Koenig (2006, 2001) refere, isto é, que a religiosidade e a espiritualidade têm um efeito positivo na saúde física dos idosos. Por outro lado, o grupo etário > 84 anos apresentou valores superiores (valores baixos na *BMMRS*) na Religião Organizacional, confirmando que o envolvimento religioso e espiritual aumenta com a idade, como o defendem Moody (2005), Ebersole *et al.* (2005, 2004); Eggers (2003) e Heintz e Baruss (2001), e que a religião organizacional (práticas religiosas públicas) proporciona melhor saúde mental (Chen *et al.*, 2007; Klemmack *et al.*, 2007; Braam *et al.*, 2004; Hackney & Sanders, 2003; Koenig, 2001; Meisenhelder & Chandler 2000a);
- **SF-36 vs Sexo** (*teste t de Student*) – o sexo masculino obteve valores significativamente mais elevados nas dimensões Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Desempenho Emocional, Saúde Mental, Componente Física e Componente Mental, indo os presentes resultados ao encontro dos que foram obtidos no Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 1995/1996 e 1998 /1999, isto é, o estado de saúde

decrece com a idade em ambos os sexos, mas as mulheres referem que este é “mau” ou “muito mau” e ainda noutros estudos (Lima *et al.*, 2009; Rueda *et al.*, 2008; Sun *et al.*, 2007; PNS (2004/2010); Dragomirecka & Selepova, 2003; Nikolic *et al.*, 2003). A análise ao **BMMRS vs Sexo** (*teste t de Student*) permite verificar que o sexo masculino apresentou valores superiores (valores baixos na *BMMRS*) nas Experiências Espirituais, nos Valores e Crenças, nas Práticas Religiosas Privadas, no *Coping* Religioso e Espiritual positivo e negativo, na Intensidade Religiosa e Espiritual e no Sentido (de vida). Estes resultados não estão de acordo com Wink e Dillon (2003, 2002) e Pargament (1997), que afirmam que a espiritualidade e a religiosidade estão mais desenvolvidas no sexo feminino do que no sexo masculino, mas confirmam parcialmente os resultados obtidos no estudo de Meisenhelder (2003) que evidenciou a relevância das experiências espirituais e das práticas religiosas privadas para a saúde mental dos idosos, sendo que o *coping* religioso está relacionado com a saúde mental das idosas;

- **SF-36 vs Estado Civil** (*One-Way Anova e Testes de Comparação Múltipla a posteriori de Tukey*) – os idosos solteiros obtiveram valores significativamente mais elevados na Dor Corporal, na Vitalidade e na Saúde Mental e os idosos casados obtiveram valores significativamente mais elevados no Funcionamento Físico, no Desempenho Físico, na Saúde Geral, no Funcionamento Social e nas Componentes (Física e Mental), o que está de acordo com os estudos de Belvis *et al.* (2008), Grundy e Slogett (2003) e Lucas *et al.* (2003), que evidenciaram que os idosos casados apresentam melhor qualidade de vida. Os resultados obtidos na **BMMRS vs Estado Civil** (*One-Way Anova e Testes de Comparação Múltipla a posteriori de Tukey*) não estão relacionados com a qualidade de vida dos casados e dos solteiros, mas sim com os divorciados que apresentaram valores superiores (valores baixos na *BMMRS*) nas Experiências Espirituais, nos Valores e Crenças, no *Coping* Religioso Espiritual positivo e no Suporte Religioso benéfico;
- **SF-36 vs Habilitações Literárias** (*One-Way Anova e Testes de Comparação Múltipla à posteriori de Tukey*) – os idosos com o 1.º ciclo completo apresentaram valores significativamente mais elevados no Funcionamento Físico, no Desempenho Físico, na Saúde Geral, na Vitalidade, na Saúde Mental, e nas Componentes (Física e Mental), o que está de acordo com os resultados obtidos nos estudos de Lima *et al.* (2009), Belvis *et al.* (2008), Paúl *et al.* (2005), Nikolic *et al.* (2003), Lucas *et al.* (2003), que mostraram que um nível educacional mais elevado proporciona melhor qualidade de vida. Também

no **BMMRS vs Habilitações Literárias** (*One-Way Anova e Testes de Comparação Múltipla a posteriori de Tukey*), os idosos que obtiveram valores superiores (valores baixos na *BMMRS*) nas Experiências Espirituais, nos Valores e Crenças, no *Coping* Religioso e Espiritual positivo, na Intensidade Religiosa e Espiritual e no Sentido, foram os que tinham o 1.º ciclo completo.

- **SF-36vs Residência** (*teste t de Student*) – os idosos residentes em meio urbano obtiveram valores significativamente mais elevados no Funcionamento Físico e na Vitalidade, indo ao encontro do estudo de Sun *et al.* (2007), no qual os idosos urbanos referiram ter melhor qualidade de vida que os idosos rurais. A análise ao **BMMRS vs Residência** (*teste t de Student*) permite verificar que os idosos residentes em meio urbano apresentaram valores superiores (valores baixos na *BMMRS*) no Suporte Religioso benéfico, o que está de acordo com os estudos de Morris (1997) e Levin (1995), que evidenciaram que a religião e a espiritualidade contribuem para a saúde e bem-estar dos idosos que residem em meio urbano. Por outro lado, os idosos residentes em meio rural obtiveram valores superiores (valores baixos na *BMMRS*) no *Coping* Religioso e Espiritual “positivo” e no Sentido (de vida). O recurso ao *Coping* Religioso e Espiritual “positivo” pelos idosos que viviam em meio rural vai ao encontro dos estudos de Yoon e Lee (2007), nos quais os idosos rurais referiram também recorrer ao mesmo tipo de *coping*, e de Gesler *et al.* (2000), que demonstraram que a religião é um recurso potente na vida dos idosos rurais.

Quadro 2: *Saúde e Bem-Estar (SF-36) vs Religiosidade, Espiritualidade (BMMRS), segundo as variáveis sociodemográficas (idade/grupo etário, sexo, estado civil, habilitações literárias, residência)*

Variáveis Sociodemográficas	SF-36 Valores elevados	BMMRS Valores Baixos / correspondem a valores superiores, ou seja, a mais:
Grupo Etário 65-74 anos	Funcionamento Físico Desempenho Físico Vitalidade Componente Física	Experiências Espirituais <i>Coping</i> Religioso e Espiritual positivo e negativo
>84 anos	Saúde Mental	Religião Organizacional
Sexo Masculino	Funcionamento Físico Desempenho Físico Dor Corporal (-) Saúde Geral Vitalidade Desempenho Emocional Saúde Mental Componente Física Componente Mental	Experiências Espirituais Valores e Crenças Práticas Religiosas e Privadas <i>Coping</i> Religioso e Espiritual positivo e negativo Intensidade Religiosa e Espiritual Sentido
Estado Civil Solteiro (a)	Dor Corporal (-) Vitalidade Saúde Mental	
Casado(a)/União de Facto	Funcionamento Físico Desempenho Físico Saúde Geral Funcionamento Social Componente Física Componente Mental	
Divorciado(a)/Separado(a)		Experiências Espirituais Valores e Crenças <i>Coping</i> Religioso e Espiritual positivo Suporte Religioso benéfico
Habilitações Literárias 1º Ciclo do Ensino Básico Completo /4. ^a Classe	Funcionamento Físico Desempenho Físico Saúde Geral Vitalidade Saúde Mental Componente Física Componente Mental	Experiências Espirituais Valores e Crenças <i>Coping</i> Religioso e Espiritual positivo Intensidade Religiosa e Espiritual Sentido
Residência Urbano (Cidade/Vila)	Funcionamento Físico Vitalidade	Suporte Religioso benéfico
Rural (Aldeia)		<i>Coping</i> Religioso e Espiritual positivo Sentido

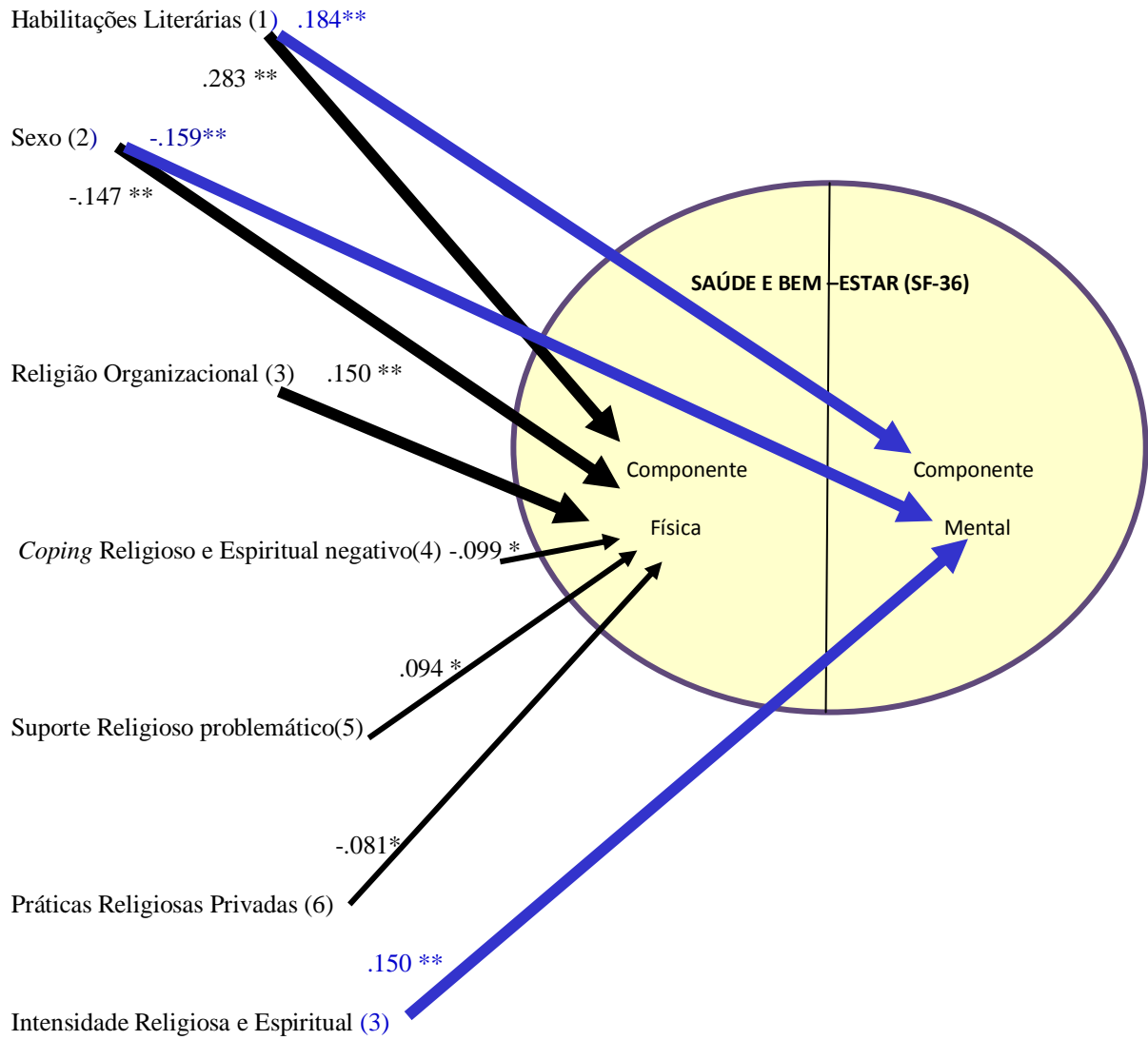
H3: As variáveis “religiosidade, espiritualidade da *BMMRS*” e as sociodemográficas (idade/grupo etário, sexo, estado civil, habilitações literárias, residência) são preditoras significativas da saúde e bem-estar (SF-36)



A análise de regressão múltipla *stepwise* e hierárquica (Figura 5) realizada num 1º bloco com as variáveis sociodemográficas, e num 2º bloco, com as variáveis relacionadas com as dimensões da religiosidade, espiritualidade da *BMMRS*, revelou que o nosso modelo parou:


- na 6ª fase, explicando no total 21,9% da variância da componente física. As variáveis independentes que se revelaram melhores preditoras por ordem de importância foram: habilitações literárias, sexo, religião organizacional, *coping* religioso e espiritual “negativo”, suporte religioso problemático e práticas religiosas privadas;
- na 3ª fase, explicando apenas no total 7,5% da variância da componente mental. As variáveis que se revelaram melhores preditoras, por ordem de importância foram: habilitações literárias, sexo, intensidade religiosa e espiritual.

Os resultados estão de acordo com os estudos anteriormente referenciados, que demonstraram que o nível de escolaridade (Lima *et al.*, 2009; Belvis *et al.*, 2008; Paúl *et al.*, 2005); o sexo (Lima *et al.*, 2009; Rueda *et al.*, 2008; Sun *et al.*, 2007) e a religiosidade, espiritualidade (Levin & Chatters, 2008; Krause, 2004; Koenig, 2001) são variáveis preditoras das componentes (física e mental) da saúde e bem-estar (SF-36).

Figura 5: Variáveis predictoras das componentes Física e Mental da Saúde e Bem-estar (SF-36), segundo a ordem de importância na regressão múltipla *stepwise*



$** p < 0.01$ representada pelas setas  

$* p < 0.05$ representada pelas setas 

4. CONCLUSÃO, LIMITAÇÕES DO ESTUDO, SUGESTÕES

Viver envelhecendo com saúde e qualidade de vida é uma meta entre aqueles que alcançam maior longevidade.

Os profissionais da saúde, e em particular os enfermeiros, têm o compromisso de cuidar da pessoa idosa, segundo a concepção holística e antropológica que reconhece as dimensões biológicas, psicológicas, sociocultural, religiosa e espiritual num íntimo entrelaçado pessoal, valorizando os contributos benéficos da espiritualidade e da religiosidade na saúde e bem-estar, referenciados nas evidências publicadas e visíveis nos resultados obtidos neste estudo.

Quanto à relação espiritualidade e religiosidade (BMMRS) da pessoa idosa com a saúde e bem-estar (SF36) no âmbito das escalas que avaliaram a:

espiritualidade, os idosos que mais recorriam às *experiências espirituais* diárias apresentaram valores mais elevados no funcionamento social e desempenho emocional, aos *valores e crenças*, obtiveram valores mais baixos no funcionamento físico e na dor corporal (presença de dor) e valores elevados no funcionamento social, no desempenho emocional e na componente mental, ao *perdão*, apresentaram valores mais baixos no funcionamento físico, na componente física e na dor corporal (presença de dor), ao *coping religioso positivo* obtiveram valores baixos no funcionamento físico, na componente física e na dor corporal (presença de dor), ao *coping religioso negativo* apresentaram valores baixos no funcionamento físico, no desempenho físico, na saúde mental, na componente física e na dor corporal (presença de dor), ao *sentido* (de vida) obtiveram valores elevados no funcionamento social, no desempenho emocional, na componente mental e na dor corporal (ausência de dor), à *intensidade religiosa e espiritual* apresentaram valores elevados no desempenho físico, no funcionamento social, no desempenho emocional, na componente mental e valores baixos na dor corporal (presença de dor).

religiosidade, os idosos que mais recorriam às práticas *religiosas privadas* apresentaram valores mais baixos no funcionamento físico, à *religião organizacional* obtiveram valores elevados no funcionamento físico, no desempenho físico, na saúde geral, na vitalidade, no desempenho emocional e nas componentes (físicas e mentais), ao *suporte religioso benéfico* apresentaram

valores mais elevados no desempenho físico e na saúde mental e ao *suporte religioso problemático* obtiveram valores mais elevados no funcionamento físico, na dor corporal (ausência de dor) e na saúde geral, na componente física e na saúde mental,

Dos resultados mais significativos apresentados verifica-se que os valores e as crenças promovem a regulação do comportamento (emoções positivas), os rituais, as práticas de devoção e as experiências favorecem a integração social (através da rede social e suporte) e a resistência da pessoa idosa ao stress (mecanismos de superação).

Relativamente às variáveis independentes (sociodemográficas, espiritualidade e religiosidade) as que se revelaram melhore preditoras nas componentes:

físicas foram as habilitações literárias, o sexo, a religião organizacional, o *coping* religioso e espiritual negativo);

mentais foram as habilitações literárias, o sexo e a intensidade religiosa e espiritual.

A interpretação dos resultados descritos deve ser efectuada atenta às limitações subjacentes a este estudo, nomeadamente:

- o tipo de amostragem não aleatória utilizada, o que interfere na representatividade da amostra e impede a generalização dos resultados à população idosa;
- o seu confinamento a uma área geográfica ("Distrito"), impedindo a generalização dos resultados a nível nacional;
- o seu carácter transversal;
- a inexistência de estudos no nosso país directamente relacionados com o tema em pesquisa, o que impossibilita a comparação.

Apesar das limitações enunciadas e das dificuldades inerentes ao processo de investigação, considera-se que a concretização do estudo permitiu alcançar os objectivos formulados e ampliar o conhecimento em enfermagem gerontológica e geriátrica, transformando o percurso numa experiência estimulante e gratificante no processo de desenvolvimento pessoal e profissional em termos de saúde comunitária.

Como recomendações finais, seria desejável que;

- o estudo fosse replicado com uma amostra aleatória e com representatividade nacional;
- os resultados encorajassem outros investigadores a explorar o tema **espiritualidade, religiosidade**, através de estudos quantitativos (longitudinais com o objectivo de saber se as variáveis promovem ou não a longevidade; comparativos envolvendo idosos institucionalizados e não institucionalizados, epidemiológicos centrados em idosos com doença e sem doença) e qualitativos.
- a educação em enfermagem ampliasse os conhecimentos e o treino do estudante de enfermagem nesta área, promovendo o desenvolvimento espiritual;
- os enfermeiros no cuidado holístico assumissem o compromisso intencional pelo cuidado espiritual promotor da saúde e bem-estar espiritual do idoso com o conhecimento do seu próprio espírito
- os enfermeiros não negligenciassem a espiritualidade, religiosidade da pessoa idosa devido a barreiras pessoais (falta de conhecimentos e treino e o desconforto em abordar na comunidade científica e até com o utente/doente a relevância destas dimensões) e institucionais (modelo organizacional centrado na produtividade e no dualismo cartesiano)

Por último gostaria de salientar que a enfermagem deve ter presente que a espiritualidade, religiosidade pode:

- ter um papel importante no processo dinâmico e integrativo de adaptação ao envelhecimento, porque ajuda a pessoa a criar uma nova imagem do *self*, a ajustar-se às alterações e a adaptar-se a um estilo de vida;
- favorecer a aceitação do passado e contribuir para a satisfação do presente e esperança no futuro;
- promover o envelhecimento activo (expectativa de vida saudável e a qualidade de vida);

- ser uma estratégia de *coping* adequada para os factores stressantes peculiares ao envelhecimento, como perdas, declínio e sofrimento;
- conferir suporte social e emocional, ajudando o idoso não só a regular e gerir as emoções negativas associadas a acontecimentos de vida, tais como perdas, declínio, dor ou outro tipo de sofrimento, susceptíveis de provocar *stress*, como também a ter conforto e encontrar sentido de vida.

Encerro a pesquisa empírica com a convicção de ter dado algum contributo, ainda que muito modesto à ciência de enfermagem e em particular a enfermagem gerontológica e geriátrica, sensibilizando os enfermeiros para a importância da satisfação das necessidades espirituais e religiosas da pessoa ao longo do ciclo vital no *continuum* saúde-doença, centrada na abordagem cuidativa transpessoal fundamentada na perspectiva transcendente e humana promotora da dignidade, integridade, harmonia e significado/sentido de vida nas múltiplas dimensões da vulnerabilidade (fragilidade: natural, fisiológica, psicológica, espiritual/existencial, fenomenológica, ontológica, antropológica da finitude humana e/ ou inquietude) face à finalidade da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, A. (1982) The fundamental views of individual psychology. *Journal of Individual Psychology*, 38 (1), 3-6.
- Almeida, L. B. (2006). *A Idade não Perdoa. O idoso à Luz da Neurologia Gerontológica*. Lisboa: Gradiva.
- Allport, G.W. (1950). *The Individual and his Religion*. London: Macmillan, 1950.
- Allport, G. W. & Ross, J. M. (1967). Personal Religious Orientation and Prejudice. *Journal of personality and Social Psychology* 5, 432 – 443.
- Anderson, M. A. (2007). *Caring for older Adults Holistically* (4^a ed.). Philadelphia: Davis Company
- Antonovsky, A. (1998). The Sense of coherence. An historical and future perspective, in H. McCubbin, E. Thompson, A. Thompson e J. Fromer (Eds.), *Stress, Coping and Health in Families. Sence of Coherence and Resiliency*. London: Sage.
- Antonovsky, A. (1993). The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science and Medicine*, 36 (6), 725-733.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mistery of Health*. London : Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. London: Jossey-Bass.
- Arcand, M. & Hébert, R. (1997). *Précis Pratique de Gériatrie*. Canada: Edisem.
- Atcheley, R. C. (2009). *Spirituality and Aging*. USA: The Johns Hopkins University Press.
- Atcheley, R. C. (2005). On Including Religious and Spiritual Faith and Practice in Gerontological Research. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60 (1), S2.
- Atcheley, R. C. (1996). Retirement. Em J. E. Birren (Ed.) *Encyclopedia of Gerontology: Age, Aging and the Aged: Vol 2*. London: Academic Press, 437 – 449

- Azevedo, M. (2004). *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares. Sugestões para Estruturação da Escrita* (4ª ed.). Lisboa: Universidade Católica
- Baker, D. C. (2003). Studies of Inner Life: the Impact of Spirituality on Quality of Life. *Quality of Life Research* 12 (Suppl 1), 51 – 57
- Baldacchino, D. & Draper, P. (2001). Spiritual Coping Strategies: A Review of the Nursing Research Literature. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (6), 833 – 841.
- Barbosa, A. (2010). Sofrimento. Em A . Barbosa, Neto, I. G. *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Belvis, A.G.; Avolio, M., Sicuro, L., Rosano, A., Latini, E., Damiani, G., *et al.*(2008). Social Relationships and HRQL: a Cross-Sectional Survey among Older Italian Adults. *Public Health*, 8, 348.
- Benjamin, A.E & Cluff, L.E. (2001). *Who Needs caring? The Lost Art of Caring. A Challenge to Health Professionals, Camilies, Communities, and Society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Benson, H. (1996). *Timeless Healing: The Power and Biology of Belief*. New York, NY: Simon and Schuster
- Berkman, L. F. & Glass, T. (2000). Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. Em Berkman L.F.; Kawachi I. (Ed.). *Social Epidemiology*. New York: Oxford Press, 174 – 190.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Berry, J. & Worthington, E. (2001). Forgivingness, Relationship Quality, Stress while Imagining Relationship Events and Physical and Mental Health. *Journal of Counseling Psychology*, 48 (4), 2 447-455.
- Bircher, J. (2005). Towards a Dynamic Definition of Health and Disease. *Med. Health Care and Philosophy*, 8, 335 – 341.

Birren, J. E.; Schaie, K.W. & Schroots, J.F. (1996). History, Concepts, Models and History of the Psychology of Aging. Em J.E. Birren & K. W. Schaie (Eds), *Handbook of Psychology of Aging* (3ª ed). San Diego: Academic Press.

Birren, J. & Cunningham, W. (1985). Research on the Psychology of Aging: Principles, Concepts and Theory. Em J. Birren & K.W. Schaie (Eds), *Handbook of the Psychology of Aging*. New York: Van Nostrand.

Birren, J.E. & Schroots, J.J.F. (1984) Steps to an Ontogenetic Psychology. *Academic Psychology B bulletin* 6, 177- 190.

Bobbio, N. (1997). *O Tempo da Memória. De Senectude e outros Estudos Autobiográficos*. Rio de Janeiro: Campus.

Bolander, V., Sorensen & Luckman (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica* (3ª ed.). Lisboa: Lusodidacta

Bono, G. & McCullough, M.E. (2004). Religion, Forgiveness, and Adjustment in Older Adulthood. Em Schaie, K. W., Krause, N. & Booth, A. (Ed.), *Religious Influences on Health and Well-Being in the Elderly*. New York: Springer.

Braam, A. W., Hein, E., Deeg, D. J., Twisk, J. W. R., Beekman, A. T. F., Tilburg, W. V. (2004). Religious Involvement and 6-Year Course of Depressive Symptoms in Older Dutch Citizens: Results from the Longitudinal Aging Study. Amsterdam. *Journal of Aging and Health*, 16 (4), 467 -489

Breitbart, W, (2003). Espiritualidade e Sentido nos Cuidados Paliativos. *O Mundo da saúde*, 27 (1), 45. 57.

Brooks, J. (1998). Salutogenesis, successful aging, and the advancement of theory on family caregiving. Em, H. McCubbin, E. Thompson, A. Thompson e J. Fromer (eds.), *Stress, Coping and Health in Families. Sense of Coherence and Resiliency*. London: Sage.

Büheler, C. (1968). *The Course of Human Life: A Study of Goals in the Humanistic Perspective*. New York: Springer.

Burholt, V. (2001). *Ageing Well: A European Study of Adult Well-being*. Bargon: University of Males.

- Burkhardt, M. A. & Nagai - Jacobson, M. G. (2002). *Spirituality: Living our Connectedness*. United States: Delmar.
- Burkhardt, M. A (1994). Becoming and Connection: Elements of Spirituality for Women. *Holistic Nursing Practice*, 8(4), 12 - 21
- Byrne (2002). Spirituality in Palliative Care. What Language do we Need? *International Journal Palliative Nurse*, 67 - 74.
- Carpenito-Moyet, L.J. (2006). *Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica* (4^a ed.). Porto Alegre: Artmed..
- Cavendish, R., Luise, B., Russo, D. , Mitzeliotis, C., Bauer, M., Bajo M. A. M., *et al.*(2004). Spiritual Perspectives of Nurses in the Unites States Relevant for Educational and Practice. *Western Journal of Nursing Research*, 26 (2), 196 – 212.
- Cawley, N. (1997). An Exploration of the Concept of Spiritually. *International Journal of Palliative Nursing*, 3, 1997, 31 – 36.
- Chen, H., Cheal, K., Herr, E. C. M., Zubritsky, C. & Levkoff, S. E (2007). Religious Participation as a Predictor of Mental Health Status and Treatment Outcomes in Older Persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 144 – 153.
- Cícero, M. T. (1998). *Da Velhice (Catão-o-Velho)*. Lisboa: Cotovia
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar ... A Primeira Arte da Vida*. Loures: Lusociência.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a Vida*. Lisboa : Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Confort, A. (1979). *A boa Idade*. São Paulo: Difusão Editorial.
- Costa, A. M. (2005). Cuidados de Enfermagem aos Idosos: Percursos de Formação e investigação. Em C. Paúl& A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Costa, E. M. S. (1998). *Gerontodrama: A Velhice em Cena*. São Paulo: Agora.
- Coyle, J. (2002). Spirituality and Health. Towards a Framework for Exploring the Relationship between Spirituality and Health. *Journal Advanced Nursing*, 37 (6), 589 – 597.

- Creswell, J. W. (2003). *Research Design Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches* (2^a ed.). London: Sage Publications.
- Cronbach, L. (1984). *Essential of Psychological Testing* (4^a ed.), New York: Harper & Row.
- Cumming, E. & Henry, E. (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement*. New-York: Basic Books.
- Damásio, A.. (1995). *O Erro de Descartes, Emoção, Razão e Cérebro Humano* (4^a ed.). Tradução de Dora Vicente e Georgina Segurado. Lisboa: Publicações Europa-América
- Dancey, C. P. & Rudy, J. (2006). *Métodos de Pesquisa. Estatísticas sem Matemática para Psicologia: usando SPSS para Windows* (3.^a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Decreto-Lei n. ° 320/87. D. R., Serie I, n.º 198 (1987-08-27), 3327-3328
- Descartes, R. (1994). *Discurso do Método; Meditações; Objeções e Respostas; As paixões da Alma & Cartas*. Tradução. de J. Guinsburg e Bento Prado Júnior (3^a ed). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale Development: Theory and Applications*. NewBury Park, CA: Sage Publications.
- Dossey, B.M. (2000). *Florence Nightingale: Mystic, Visionary, Healer*. Springhouse, PA: Springhouse Corporation.
- Dossey, B. M. (1998). Florence Nightingale. A 19th Century Mystic. *Journal of Holistic Nursing*, 16 (2), 111 – 164.
- Dossey, B. & Dossey, L. (1998). Body – Mind – Spirit: Attending to Holistic Care. *American Journal of Nursing*, 98 (2), 35 – 38
- Dossey, B. M., Heegan, L. & Guzzetta, C. F. (2005). *Holistic Nursing: A Handbook for Practice* (4.^a ed.). Gaithersburg, MD: Aspen.
- Dossey, L. (2001). *Healing Beyond the Body: Medicine and the Infinite Reach of the Mind*. Boston: Shambhala.
- Dragomirecka, E. & Selepova, P. (2003). Do Czech Elderly Women have Lower Quality of Life than Men? Results of a Pilot Study. *Quality of Life Research*, 12(7), 851

- Dunn, H. L. (1973). *High Level Wellness*. Nova Scotia: Charles S. Black Editor.
- Durkheim, É. (1996). *As Formas Elementares da Vida Religiosa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Ebersole, P., Hess, P.; Touhy, T. & Jett, K. (2005). *Gerontological Nursing Healthy Aging* (2^a ed.). USA: Elsever Mosby.
- Ebersole, P., Hess, P.; Touhy, T. & Jett, K. (2004). *Toward Healthy Aging: Human Needs and Nursing Response* (6^a ed.). Missouri: Mosby
- Edwards, L.M., Lapp- Rincker, R. H., Magyar-Moe, J. L., Rehfeldt, J. D., Ryder, J. A., Brown, J. C., *et al.* (2002). A Positive Relationship between Religious Faith and Forgiveness. Faith in the Absence of Data? *Pastoral Psychology*, 50 (3), 147 – 152.
- Eggers, S. J. (2003). Older Adult Spirituality: What is it? A Factor Analyze of three Related Instruments. *Journal of Religious Gerontology*, 14(4), 3-33.
- Eliopoulos, C. (2001). *Enfermagem Gerontológica* (5^a ed). Porto Alegre: Artmed.
- Ellermann, C. R. & Reed, P. G. (2001). Transcendence and Depression in Middle-age Adults. *Wester Journal of Nursing do research*, 23 (7), 698 – 713.
- Emblen, J.D. (1992). Religion and Spirituality Defined According to Current use in Nursing Literature. *Journal of Professional Nursing*, 8 (1), 41-47.
- Emery, E.E. & Pargament, K. I. (2004). The Many Faces of Religious Coping in Late Life: Conceptualization, Measurement, and Links to Well-Being. *Journal Ageing International*, 29 (1), 2004, 3-27
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle: Select Papers. Psychology Issues Monographs Series, I, n. ° 1*. New York: International Universities Press.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton, 1950
- Erikson, E.H; Erikson, J. M. & kivnick, H. Q. (1986). *Vital Involvement in Old Age*. New York: Norton,
- Ermida, J. G. (1999). Processo de Envelhecimentos. Em M. A. Costa *et al.* (Eds), *O idoso: Problemas e Realidade*. Coimbra: Formasau, 41-50

- Faiver, C., Ingersoll, R. E., O'Brien, E. & Macnally, C. (2001). *Explorations in Counseling and Spirituality: Philosophical Practical, and Personal Reflections*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Fawcett, J. (2007). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *Journal of Nursing Scholarship*, 16, 77-87
- Fawcett, J. (2000). *An analysis and Evaluation of Contemporary Nursing Knowledge: Nursing Models and Theories* (3^{ed.}). Philadelphia F.A.: Davis
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing* (3^a ed.). Philadelphia F.A.: Davis
- Fernández – Ballesteros, R. (2000). Gerontologia Social. Una Introducción. Em R. Fernández – Ballesteros (Ed.), *Gerontologia Social*. Madrid: Pirâmide.
- Ferraro K. F. & Kelley-Moore, J.A. (2000). Religious Consolation among Men and Women: do Health Problems Spur Seeking? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 39, 220-234.
- Fetzer, J. E. (2003,1999). *Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health. A Report of the Fetzer Institute/ National Institute on Aging Working Group*.U.S. Department of Health and Human Services.
- Fischer, K. (1998). *Winter Grace: Spirituality and Aging*. Nashville: Upper Room Books
- Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento: Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fonseca, V. (1996). *Aprender a Aprender: A Educabilidade Cognitiva*. Lisboa: Artes Gráficas, 1996
- Fortin, M.F (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fowler, J. (1987). *Faith Development and Pastoral Care*. Philadelphia: Fortress Press.
- Frankl, V. E (1966). Self-transcendence as a Human Phenomenon. *Journal of Humanistic Psychology*, 6 (2), 97 – 106
- Frenkel, E. (1936). Studies in Biographical psychology. *Character and Personality*, 1- 34.

- Fuh, J.; Wang, S.; Lu, S.; Juang, K. & Lee, S. (2000). Psychometric Evaluation of a Chinese (Taiwanese) Version of the SF-36 Health Survey among Middle-aged Women from a Rural Community. *Quality of Life Research*, 9, 675-683.
- Gandek, B. & Ware, J. (1998). Methods for Validating and Norming Translations of Health Status Questionnaires: The IQOLA Project Approach. *Journal of Clinical Epidemiology* 51(11), 953-959.
- George, L. K.; Ellison, C. G. & Larson, D. B. (2002). Explaining the Relationships between Religious Involvement and Health. *Psychological Inquiry*, 13(3), 190-200.
- Gesler, W., Arcury, T. A. & Koenig, H. G. (2000). An Introduction to Three Studies of Rural Elderly People: Effects of Religion and Culture on Health. *Journal of cross-cultural Gerontology* 15(1), 1-12.
- Girard, M. & Mullet, E. (1997). Propensity to Forgive in Adolescents, Young Adults, Older Adults and Elderly People. *Journal of Adult Development*, 4 (4), 209 – 220.
- Gonçalves, L. H. & Alvarez, A. M. (2004). A Enfermagem Gerontogeriatrica: Perspectiva e Desafios. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 57-68.
- Govier, I. (2000). Spiritual Care in Nursing: A Systematic Approach. *Nursing Standard* 14, 17, 32-36.
- Graf-Glover, N. M.; Marini, I.; Baker, J. & Buck, T. (2007). Religious and Spiritual Beliefs and Practices of Persons with Chronic Pain. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 51 (1), 21-33.
- Gray, J. (2006). Measuring Spirituality: Conceptual and Methodological Considerations. *The Journal of Theory Construction Testing*, 10 (2), 58 - 64.
- Green, J. & D'Oliveira, M. (1991). *Testes Estatísticos em Psicologia*. Lisboa: Estampa.
- Grundy, E. & Slogett, A. (2003). Health Inequalities in the Older Population: The Role of Personal Capital, Socio-Economic Circumstances. *Social Sciences & Medicine*, 56(5), 935-947.
- Hackney, C. H. & Sanders, G. S. (2003). Religiosity and Mental Health: A Meta-Analysis of Recent Studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42, 43-55.

- Hall, M.R.P.; MacLennan, N. W. J. & Lule, M. D. W. (1997). *Cuidados Médicos ao Doente Idoso*. Lisboa: Climepsi.
- Hall, D. E., Meador, K. G. & Koenig, H. G. (2008). Measuring Religious in Health Research Review and Critique. *Journal of Religion Helath* 47, 134-163.
- Hart, S. (1997). Old Age and Behaviour. Em A. Baum *et al.*(Eds), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp.143-146). England: CambridgeUniversity Press.
- Hatch, R. L., Burg, M. A., Naberhaus, D. S. & Hellmich, L. K. (1998). The Spiritual Involvement and Beliefs Scale: Development and Testing of a New Instrument. *Journal of Family Practice*, 46, 476-484.
- Havighurst, J. (1963). Succesfull Aging. Em R. H. Williams; C. Libbitts & W. Dona hue (Eds), *Process of Aging (Vol. I, p. 299)*. New York: Atherton Press.
- Heintz, L. M. & Baruss, I. (2001). Spirituality and Adulthood. *Psychological Reports*, 88 (3), 651 – 654.
- Helm, H. M.; Hays, J. C.; Flint, E. P.; Koenig, H. G. & Blazer, D. G. (2000). Does Private Religious Activity Prolong Survival? A Six – Year Follow – Up Study of 3,851 Older Adults. *Journal Gerontology*, 55A, 400-405.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hiatt, J. F. (1986). Spirituality, Medicine, and Healing. *Southern Medical Journal*, 79 (6), 1986, 736 – 743.
- Hickman, J. S. (2000). Introdução à Teoria da Enfermagem. Em J. B, George. *Teorias de Enfermagem* (Ed.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Hill, P. C. (2005). Measurement in the Psychology of Religion and Spirituality: Current Status and Evaluation. Em R. F. Paloutzian& C. L. Park (Eds), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (pp. 43-61). New York: Guilford Press.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Hill, P. & Hood, R. (1999). *Measures of Religiosity*. Birmingham, AL: Religious Education Press.
- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality: Implications for Physical and Mental Health Research. *Psychology of Religion and Spirituality, 1*, 3-17.
- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough, M. E., Sawyers, J. P., Larson, D. B., *et al.* (2000). Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Journal for Theory of Social Behaviour, 30*, 51 – 77.
- Hood, R. W (2003). The Relationship between Religion and Spirituality. Defining Religion. Investigating the Boundaries between the Social and Secular Religion and Social. *Order, 10*, 241 – 265.
- Hummer, R. A., Rogers, R.G., Nam, C. B. & Ellison, C.G. (1999). Religious Involvement and U.S. Adult Mortality. *Demography, 36* (2), 273 – 285.
- Idler, E. L., McLaughlin, J & Kasl S. (2009). Religion and the Quality of Life in the Last Year of Life. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 64*(4), 528-537
- Idler, E. L. (2004). Religious Observance and Health: Theory and Research. Em K. W. Schaie *et al.* (Ed.), *Religious Influences on Health and Well-Being in the Elderly*. New York: Springer Publishing Company.
- INE/ Instituto Nacional de Estatística (2008). Projeções de População Residente em Portugal 2008-2060. <http://www.ine.pt>
- INE/ Instituto Nacional de Estatística (2007). Estatísticas Demográficas. Portugal. <http://www.ine.pt>
- INE/ Instituto Nacional de Estatística (2005). Dia Internacional do idoso. Portugal. <http://www.ine.pt>
- INE/ Instituto Nacional de Estatística (2003). Inquérito de Qualidade. Censos 2001. Recenseamento Geral da População e da Habitação. <http://www.ine.pt>

- Isaia, D.; Parker, V.; & Murrow, E. (1999). Spiritual Well-Being among Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 25 (8), 16 -21
- Johnson, M.; Bulechek, G.; Dochterman, J. M.; Maas, M. & Moorhead, S. (2005). *Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem: Ligações entre NANDA, NOC, NIC*. Porto Alegre: Artmed.
- JO/Journal Oficial nº 176 de 15/07/1977. Directiva nº 77/ 453/CEE.
- Jones, J. W. (2004). Religion, Health in the Psychology of Religion: how the Research on Religion and Health helps us Understand Religion. *Journal of religion and health*, 43 (4), 317-327.
- Józwiak, J. & Kotowska, I.E (2008). Decreasing Birth Rates in Europe: Reasons and Remedies. *European View* 7, 225 - 236
- Jung, C. (1988). *Psicologia da Religião ocidental e Oriental. Obras completas: Vol. XI*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Kalache, A. & Kickbusch, I. (1997). A Global Strategy for Healthy Ageing. *World Health* (4), 4-5.
- Kart, C. S. & Kinney, J. M. (2001). *The Realities of Aging: An Introduction to Gerontology* (6^a ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (2005). *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson, 2005.
- Klemmack, D. L., Roff, L. L., Parker, M. W., Koenig, H. G., Sawyer, P. & Allman, R.M. (2007). A Cluster Analysis Typology of Religiousness, Spirituality among Older Adults. *Research on Aging*, 29, 163 – 183.
- Kim, H. S. & Kollak, I. (2006). *Nursing Theories: Conceptual & Philophical Foundations* (2^a ed.).New York: Springer Publishing Company.
- Kirby, S.E, Coleman, P.G. & Daley, D. (2004). Spirituality and Well-Being in Frail and Non Frail Older Adults. *Journal of Gerontology*, 59B (3), 123-129.

- Koenig, H. G. (2008). Spirituality and Pain: Finding, Meaning and Hope in Midst of Suffering. *International Journal of existential Psychology & Psychotherapy*, 2 (1).
- Koenig, H. G. (2008a). Religion, Spirituality and Public Health: Research, Applications and Recommendations. Testimony, to Subcommittee on Research and Science Education of the U.S. House of Representatives on September 18, 2008. <http://www.dukespiritualityandhealth.org>
- Koenig, H. G. (2006) Annotated Bibliography on Religion, Spirituality and Medicine. *Southern Medical Journal* 99(10), 1189-1196.
- Koenig, H. G.; George, L. K. & Titus, P. (2004). Religion, Spirituality, and Health in Medically ill Older Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(4), 554-562.
- Koenig, H. G. & Cohen, H. J. (2002). *The Link between Religion and Health. Psychoneuroimmunology and the Faith Factor*. New York: Oxford University Press.
- Koenig, H. G.; McCullough, M. E. & Larson, D. B. (2001). *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press.
- Koenig, H. G. & Larson, D.B. (2001). Religion and Mental Health: Evidence for an Association. *International Review of Psychiatry*, 13, 67 -79.
- Koenig, H. G. (2001). Religion and Medicine IV: Religion, Physical Health and Clinical Implications. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31, 321 – 336.
- Koenig, H. G. (2000). Spiritual Aspects of Surgery. *Ophthalmology Clinics of North America*, 13(1), 71-83
- Koenig, H. G. (1999). *The Healing Power of Faith: Sciences Explores Medicines Last Great Frontier*. New York: Simon & Schuster.
- Koenig, H. G., Hays, J. C., Larson, D. B., George, L. K., Cohen, H. J., McCullough, M. E., *et al.* (1999). Does Religious Attendance Prolong Survival? A Six-Year Follow-Up Study of 3,968 Older Adults. *Journal of Gerontology Series A: Biological Science and Medical Science*, 54,370–376.
- Koenig, H. G., Pargment, K.I. & Nielsen, J. (1998). Religious Coping and Health Status in Medically ill Hospitalized Older Adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186 (9), 513 -521.

- Koenig, H. G. (1995). Religion and Health in Later Life. Em Kimble, M. A.; McFadden, S. H.; Ellor, J. W. & Seeber, J. J. (Eds), *Aging, Spirituality, and Religion: A Handbook*. Minneapolis: Fortress Press.
- Kohlberg, L. (1973). Stages and Aging in Moral Development: Some Speculations. *The Gerontologist*, 13, 497 – 502.
- Kohlberg, L. & Power, C. (1981). Moral Development, Religious Thinking, and the Question of a Seventh Stage. Em Kohlberg, L. *Essays in Moral Development*, vol 1. São Francisco: Harper & Row.
- Krause, N. (2006). Exploring the Stress-Buffering Effects of Church-Based and Secular Social Support on Self-Related Health in Late Life. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 61 (1), S35-S43, 2006.
- Krause, N. (2006a). Gratitude toward God, Stress and Health in Late Life. *Research Aging*, 28(2), 163-183.
- Krause, N. (2004) Religion, Aging, and Health: Exploring New Frontiers in Medical Care. *Southern Medical Journal*, 97 (12), 1215 – 1222.
- Krause, N. (2004a). An Introduction to Research on Religion, Aging, and Health: Exploring New Prospects and Key Challenges. Em K.W. Schaie, N. Krause & A. Booth (Eds.), *Religious Influences on Health and Well-Being in the Elderly* (pp. 1 – 19). New York: Springer publishing Company.
- Krause, N. (2004b). Stressors Arising in Highly Valued Roles, Meaning in Life, and the Physical Health Status of Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and social Sciences*, 59, S287-S297.
- Krause, N. (2003). Religious Meaning and Subjective Well-Being in Late Life. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58, S160-S170.
- Krause, N. (2002). Church-Based Social Support and Health in Old Age: Exploring Variations by Race. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57, S332-S347.

- Krause, N. (1998). Neighbourhood Deterioration, Religious Coping, and Changes in Health during Late Life. *Gerontologist*, 38 (6), 653- 664.
- Landis, B. J. (1996). Uncertainty, Spiritual Well-Being and Psychosocial Adjustment to Chronic Illness. *Issues in Mental Health Nursing* 17 (3), 217 – 223.
- Lawrence, R. J. (2002). The Witches' Grew of Spirituality and Medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 74-76. Leininger, M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing.
- Leininger, M. (1988). Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 152-160
- Leininger, M. (1981). *Caring: An Essential Human Need*. New Jersey: Charles B. Slack
- Levin, J.S. (2003). Spiritual Determinants of Health and Healing: An Epidemiologic Perspective on Salutogenic Mechanisms. *Alternative Therapies in Health and Medicine* 9, 48-52.
- Levin, J. S. & Chatters, L. M. (2008). Religion, Aging and Health: Historical Perspectives, Current Trends, and Future Directions. *Journal of Religion, Spirituality, and Aging*, 20 (1-2), 153 – 172.
- Levin, J. S., Chatters, L. M. & Taylor, R. J. (1995). Religious Effects on Health Status and Life Satisfaction among Black Americans. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 50 (3), S154 –S163.
- Levin, J. S., Larson, D. B. & Puchalski, C. M. (1997). Religion and Spirituality in Medicine: Research and Education. *JAMA*, 278(9), 792-793.
- Levinson, D., Darrow, C. Klein, E., Levinson, M. & Mckee, B. (1979). *The season of Man's life*. New York: Alfred Knopf.
- Lima, M. G; Barros, M. B. A.; César, C. L. G.; Goldbaum, M.; Carandina, L.& Ciconelli; R. M.(2009). Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Idosos, Avaliada com o Uso do SF-36 em Estudo de Base Populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (10).
- Lopes, M. J. (1999). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio- Moral: Alguns Dados e implicações*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros

- Lourenço, I. (2004). *A Espiritualidade no Processo Terapêutico*. Coimbra: Quarteto.
- Love, P. & Talbot's, D.(1999). Defining Spiritual Development. A Missing Consideration for Student Affairs. *NASPA Journal*, 37 (1), 361 – 375
- Lowry & Conco (2000). Exploring the Meaning of Spirituality with Aging Adults in Appalachia. *Journal of Holistic Nursing* 2 (4), 388 – 402.
- Lucas, M. F. M. & Margarida-Vieira, S. (2008). *A Vivência da Espiritualidade na Criança com Doença Oncológica*. Porto: Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde.
- Lucas, R.; Monteseri, R. & Junca, S. (2003). Quality of Life and Sócio-demographic Characteristics of Older Adults (The WhOLQOL-OLD Prefect). *Quality of Life Research*, 12(7), 851
- MacFadden, S. H. (2005). Points of Connection: Gerontology and the Psychology of Religion. Em R. Paloutzian e Crystal L. Park (Eds.). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (pp 162 -176). New York: The Guilford Press.
- MacFadden, S. H. (1996). Religion, Spirituality, and Aging. Em J. Birren& K. W. Schaie (Eds.). *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 162 – 177). San Diego: Academic Press.
- MacKinlay, E. (2006). *Spiritual Growth and Care in the Fourth Age of Life*. London: Jessica Kingsley.
- Macrae, J. A. (2001). *Nursing as a Spiritual Practice: A Contemporary Application of Florence Nightingale's Views*. New York: Springer Publishing Company.
- Marinker, M. (1975). Why make Peoples Patient's? *Journal Med. Ethics*, 1, 51 -84.
- Marinoff, L. (2005). *As Grandes Questões Da Vida. Como A Filosofia Pode Mudar O Nosso Dia-A – Dia*. Lisboa: Presença.
- Maroco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa: Climepsi.
- Martinez, F. M. (1994). Aspectos Biológicos del Envejecimiento . Em Pérez, E. A. *et al* (Eds.), *La Atención de las Ancianos: Un Desafío para los Noventa*. Washington: OPAS.

- Martsof, D. S, & Mickley, J.R. (1998). The Concept of Spirituality in Nursing Theories: Differing World-Views and Extent of Focus. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 294 – 303.
- Maslow (1970). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.
- Matthews, D. A & Clark, (1998). *The Faith factor: Proof of the Healing power of prayer*. New York: Perguin Books.
- McLeod, D. I. (2004). Espiritualidade e Doença na Literatura Profissional. Em Wright, L. M.(Ed.), *Espiritualidade, Sofrimento e Doença*. Coimbra: Ariadne
- McSherry, W. (2006). *Making Sense of Spirituality in Nursing and Health Care Practice: An Interactive Approach* (2ª ed.). London: Jessica Kingsley Publishers.
- McSherry, W. & Cash, K. (2004). The Language of Spirituality: An Emerging Taxonomy. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 151 - 161
- McSherry, W & Ross, L. (2002). Dilemmas of Spiritual Assessment: Considerations for Nursing Practice. *Journal of Advanced Nursing*, 38(5), 479-488
- McSherry, W. & Draper, D. (1998). The Debates Emerging from the Literature Surrounding the Concept of Spirituality as Applied to Nursing. *Journal advanced Nursing*, 27 (4), 683 – 691.
- Mead, G. H (1934). Mind, Self and Society. *Social Psychology*, 31 (1), 114 – 135.
- Mègre-Pires, A. P. (2006). O Lugar da Esperança na aprendizagem do cuidado em enfermagem. Loures: Lusociência.
- Meisenhelder, J. B. (2003). Gender Differences in Religiosity and Functional Health in the Elderly. *Geriatric Nursing*, 24 (6), 343 -347.
- Meisenhelder, J. B. & Chandler, E. N. (2000). Faith, Prayer, and Health Outcomes in Elderly Native Americans. *Clinical Nursing Research*, 9(2), 191-203.
- Meisenhelder, J. B. & Chandler, E. N. (2000a). Prayer and Health Outcomes in Church Members. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 6(4), 36-60.
- Meleis, A. I. (1997). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (3ª ed.). Philadelphia / New York: Lippincott.

- Meraviglia, M.C (1999). Critical Analysis of Spirituality and its Empirical Indicators. *Journal of Holistic Nursing*, 17 (1), 18-33.
- Michalos, A. C., Hubley, A. M., Zumbo, B. D. & Hemingway, D. (2001). Health and other Aspects of the Quality of Life of Older People Social Indicators. *Research* (54), 239 – 274.
- Miles, M. B. & Huberman, A. M. (2005). *Analyse des Données Qualitatives: Méthodes en Sciences Humaines* (2^a ed.). Belgium: Boeck
- Milisen, K.; De Geest S.; Schuurmans M.; Steeman E.; Habest H.; Defloor T., *et al.* (2004). Meeting the Challenges for Gerontological Nursing in Europe: The European Nursing Academy for Care of Older Persons. *Journal Nutrition, Health & Aging*, 8(3), 197 – 199.
- Miller, C. A. (2009). *Nursing for Wellness in Older Adults* (5^a ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mills, P. (2002). Spirituality, Religiousness, and Health: from research to clinical practice. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1), 1-2.
- Miranda-Santos, A. (1979). Inexistência da Aduldez. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 13, 139-150.
- Moberg, D. O. (2010). Spirituality Research: Measuring the Immeasurable. *Perspectives on Science and Christian Faith*, Perspectives on Science and Christian Faith 62 (2), 99-114.
- Moberg, D. O. (2005). Research in Spirituality, Religion and Aging. *Journal of Gerontological Social Work*, 45 (1-2), 11-40.
- Moberg, D.O. (2002). Religion and Spirituality. *Social Compass*, 49 (1), 133 – 138.
- Moberg, D. O. (1997): Religion and Aging. Em K. F. Ferraro (Ed.), *Gerontology: Perspectives*. USA: The Haworth Social Work Practice Press.
- Moody, H. R. (2005). *Religion, Spirituality, and Aging: A Social Work Perspective*. USA: The Haworth Social Work Practice Press.
- Moody, H. R. (2002). *Aging: Concepts and Controversies*. London: Pine Forge Press.
- Moreira - Almeida, A. , Neto, F. L. & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and Mental Health. A Review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (3), 242-250.

- Morin, E. (2000). *Meus demónios*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000
- Morris, D. C. (1997). Health, Finances, Religious Involvement, and Life Satisfaction of older Adults. *Journal of Religious Gerontology*, 10 (2), 3 -17.
- Mullet, E., Barros, J., Frongia, L., Usai, V., Neto, F. & Shafighi, S. R. (2003). Religious Involvement and the Forgiving Personality. *Journal of Personality*, 71 (1), 1-19.
- Mueller, P. S., Plevak, D. J. & Rummans, T. A. (2001). Religions Involvement, Spirituality, and Medicina: Implications for Clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76 (12), 1225
- Mullet, E.; Houdbine, A., Laumonier, S. & Girard, M. (1998). “Forgivingness”: Factor Structure in a Sample of Young, Middle-aged, and Elderly Adults. *European Psychologist*, 3(4), 289 -297.
- Narayanasamy, A., Clisset, P., Parumal, L., Thompson, D., Annasamy, S. & Edge, R. (2004). Responses to the Spiritual Needs of Older People. *Journal of Advanced Nursing* 48 (1), 6 – 16
- Narayanasamy, A. (2001). *Spiritual Care: A Practical Guide for Nurses and Health Care Practitioners* (2^a ed.). Wiltshire: Quay Publishing
- Narayanasamy, A. (1999). A Review of spirituality as Applied to Nursing. *International Journal of Nursing*, 36, 117-125.
- Neill, C. M. & Kahn, A. S. (1999). The Role of Personal Spirituality and Religious Social Activity on the Life Satisfaction of Older Widowed Women. *Sex Roles*, 40, 319 -329.
- Nikolic, E. A.C., Surkovic, O. N. & Kurgic, S. (2003). Influence of some Socio-demographic Characteristics on the Health related Quality of Life among Elderly in Vojvodina. *Quality of Life Research*, 12(7), 851
- Neri, A. L. (2001). *Maturidade e Velhice: Trajetórias Individuais e Socioculturais*. São Paulo: Papyrus.
- Neugarten, B. L. (1964). *Personality in Middle and Late Life: Empirical Studies*. New York: Atherton.
- Newman, M. A. (1992). Prevailing Paradims in Nursing. “*Nursing Outlook*”, 40, 10-13, 32.
- Newman, M. A., Sime, A. M. & Corcoran- Perr, S.A. (1991). The Focus of the Discipline of Nursing. *Advances in Nursing Science*, 14, 1-6

- O'Brien, M. E. (2003). *Spirituality in Nursing: Standing on Holy Ground* (2ª ed.). Boston: Jones & Bartlett Publisher
- OE/Ordem dos Enfermeiros (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- OE/Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos*. Divulgar. Edição Ordem dos Enfermeiros.
- O'Hara, D. P. (2002). Is there a Role for Prayer and Spirituality in health Care? *Medical Clinics of North America*, 86 (1), vi, 33-46.
- Oliveira, J. H. B (2008). *Psicologia do Idoso*. Legis Editora: Porto.
- Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis.
- O'Neill (2002). *Caring for the Older Adult: A Health Promotion Perspective*. Philadelphia: W.E. Saunders.
- O'Neill, D. P., & Kenney, E. K. (1998). Spirituality and Chronicc Illness. *Image- The Journal of Nursing Scholarship* 30 (3), 275 – 280.
- ONU/ Organização das Nações Unidas (2002). *II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento* (Madrid, 8 a 12 de Abril, 2002).
- Oser, F., Gmuender, P. , Ridz, L. (1984) *L'Homme, son Développement Religieux. Étude de Structuralisme Génétique*. Paris: Du Cerf.
- Pais-Ribeiro, J. L. . (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde*. Porto: Legis Editora.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005) *O Importante é a Saúde: Estudo de Adaptação de uma Técnica de Avaliação do Estado de Saúde – SF – 36*. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme
- Paloutzian, R. F. & Park, C. (2005). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. New York: Guilford Press.
- Panzini, R. G. & Bandeira, D. R. (2007). *Coping* (enfrentamento) Religioso/Espiritual. *Psiquiaria Clínica.*, 34 (1), 2007, 126 -135.

- Papaléo-Netto, M. (2002). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu
- Pargament K. I. (1999). The Psychology of Religion and Spirituality? Yes and No. *International Journal for the Psychology of religion*, 9, 3 – 16
- Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research and Practice*. New York: Guilford Press.
- Pargment, K.I., Koenig, H. G & Perez, L.M. (2000). The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (4), 519-543
- 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.
- Parker, M.; Roff, L. L.; Klemmack, D. L.; Koenig, H. G. ; Baker, P. & Allman, R. M. (2003). Religiosity and Mental Health in Southern, Community-Dwelling Older Adults. *Aging Mental Health*, 7 (5), 390 - 397.
- Paschoal, S. M. P. (2000). Epidemiologia do Envelhecimento. Em M. Papaléo- Netto (Ed.), *Gerontologia e Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na Psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I. & Amado, J.(2005). Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses. Em Paúl, C. & Fonseca, A. M. (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pessini, L. (2004). Espiritualidade e a Arte de Cuidar em Saúde. Em Valdemar, A. A. C. (Ed.), *Espiritualidade e Prática Clínica*. São Paulo: Thomson.

- Pesut, B. (2002). The Development of Nursing Students. Spirituality and Spiritual Care – Giving. *Nurse Education Today*, 22, 128 – 135.
- Peterson, S. & Timothy, B. (2008). *Middle Range Theories: Application to Nursing Research* (2^a ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Pinto, A. (2001). *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinto, C. & Pais-Ribeiro (2007). Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21(2), 47-53.
- PNS/ Plano Nacional de Saúde (2004/2010). *Orientações Estratégicas*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Plonczynski, D., Ehrlich-Jones, L., Robertson, J., Rossetti, J., Murroe, D. J.; Koren, *et al.* (2007). Ensuring a Knowledgeable and Committed Gerontological Nursing Workforce. *Nurse Education Today*, 27 (2), 113-121.
- Portaria 239/94. D.R., Serie I, n.º 89 (1994-04-16)
- Puchalski, C. M. (2001). The Role of Spirituality in Health Care. *Proceedings (Baylor University Medical Center)*, 14 (4), 352 -357.
- Querido, A. I. F. (2005). *A Esperança em Cuidados Paaliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Ramos, J. A. S. (2004). Cuidados Preventivos: Medidas Gerais de manutenção da saúde. Em A. L. Saldanha & C. P. Caldas (Eds), *Saúde do idoso: A Arte de Cuidar*. Rio de Janeiro: Interciência.
- Rapport (1998). Sur le Vieillissement, n.º 59, 1-10.
- Rego, C. L. M. C. & Margarida-Vieira, S. (2008). A Atenção ao Espiritual – tradução e validação linguística e cultural da *spiritual assessment scale*. Porto: Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde.
- Renaud, M. (2008). Espírito à Espiritualidade. Em J. Biscaia, I. Renaud & M. Renaud (Eds), *A que Pais têm os Filhos Direito: Tempos de Vida*. Coimbra: Gráfica.

- Richards, P.S. & Bergin, A. E. (2000). *Handbook of Psychotherapy and Religions Diversity*. Washington, D. C: American Psychology Association.
- Richardson, R. J. (1989). *Pesquisa Social: métodos e técnicas* (2ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Regulamento da Individualização das Especialidades Clínicas de Enfermagem /RIECE (2011), n.º 168/2011 de 8 de Março. *Diário da República*, 2ª Série, n. 47, 1120-1122.
- Rippentrop, A. E., Altmaier, E. M , Chen, J. J., Found, E. M. & Keffala, V. J. (2005). The Relationship between Religion, Sand Phychical Health, Mental Health, and Pain in a Chronic Pain Populations, *Pain*, 116 (3), 311-321.
- Roach, S. (2002). *Caring: the Human Mode of Being* (2ª ed.). Ottawa: Canadian Hospital Association Press
- Roach, S. (1993). *The Human Act of Caring: A Blueprint for the Health Professionals*. Ottawa: Canadian Hospital Association Press.
- Robert, Ladislav (1995). *O Envelhecimento: Factos e Teorias*. Lisboa: Instituto Piaget,
- Ross, L. (2006). Spiritual Care in Nursing: An Overview of the Research to Date. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 852-862
- Rueda, S., Artazcoz, L. & Navarro, V. (2008). Health Inequalities among the Elderly in Western Europe. *Journal Epidemiology Community Health*, 62(6), 492-498 .
- Rumbol (2003).Attending to Spiritual Care. *Health Issues Journal* 77, 14-17.
- Sá, J. L. M. (2002). A Formação de Recursos Humanos em Gerontologia: Fundamentos Epistemológicos e Conceituais. Em Freitas, E. V. *et al* (Ed.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Saldanha, H. (2009). *Bem Viver para Bem Envelhecer*. Lisboa: Lidel.
- Sawatzky, R, & Pesut, B. (2005). Attributes of Spiritual Care in Nursing Practice. *Journal of Holistic Nursing*, March, 20 - 33.
- Santos, P. C. (2000). *A Depressão no Idoso*. Coimbra: Quarteto.

- Santos, P. M. & Paúl, C. (2006). Desafios na Saúde Mental dos mais Velhos: o outro lado da Terapia. Em H. Firmino, L.C. Pinto, A. Lauschner; J. Barreto. (Eds), *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Schachter – Shalomi, Z. & Miller, R. S. (1996). *Mais Velhos, Mais Sábios: Uma Visão Nova e Profunda da Arte de Envelhecer*. Rio de Janeiro: Campus.
- Scheler, M. (2008). *A Situação do Homem no Cosmos*. Lisboa: Texto e Grafia.
- Schroots, J.(1996). Theoretical Developments in Psychology of Aging. *Gerontology*, 36, 1996, 742 – 748.
- Seifert (2002): Toward a Psychology of Religion, Spirituality, Meaning-Search, and Aging. Past Research and a Practical Application. *Journal of Adult Development*, 9(1), 61-70.
- Simões, A. (2006). *A Nova Velhice: Um Novo Público a Educar*. Porto: Âmbar.
- Silva, A. I. & Lima, J. (2002). Ser Idoso: O Envelhecimento. *Geriatría* 14, (140), 12 – 18.
- Slater, W., Hall, T. W., Edwards, K. J. (2001). Measuring Religion and Spirituality: Where are we and where we are going? *Journal of Psychology and Theology* 29, 4-21.
- Sloan, R. P. & Bagiella, E. (2002). Claims about Religious Involvement and Health Outcomes. *Annals of Behavioral Medicine*, 24,(1), 14-21.
- Sloan, R. P., Bagiella, E. & Powell, T. (1999). Religion, Spirituality, and Medicine. *Lancet* 353. 664-667.
- Smith, M. J. & Liehr, R.L (2008). *Middle Range Theory for Nursing*.New York: Springer
- Spar, J. E. & La Rue, A. (2005).*Guia de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi
- Stoll, R. (1989). Guidelines for Spiritual Assessment. *American Journal of Nursing* 79, 1574 – 1577.
- Streeter, C. M. (1996). What is spirituality? *Health Progress*, 77 (3), 17-22
- Sun, W. J., Chi, L.Y., Jen, I.A., Ou-Yang, W.C., Chou, F. H. C., Chou, T. M. *et al.*(2007). Health-Related Quality of Life Survey of a General Population Living in a Community in Southern Taiwan. *Primary Care and Community Psychiatry*, 12 (3-4), 137- 144.

- Tamer, N. L & Petriz, G (2007). A Qualidade de Vida dos Idosos. Em A. R. Osório & F.C. Pinto (Eds), *As Pessoas Idosas: Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Tany, R. A. (2002). Towards Clarification of the Meaning of Spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (5), 500-509.
- Taylor, E. J. (2002). *Spiritual Care*. Upped Saddle. River, NJ: Prentice Hall.
- Tornstam, L. (2003) *Gerotranscendence from young old age to old age*. Online publication from the Social Gerontology Group. Uppsala. (www.soc.uu.se/publications/fulltext/gtransoldold.pdf).
- Toussaint, L. L., Williams, D. R., Musick, M. A. & Everson, S. A.(2001). Forgiveness and Health: Age differences in a U.S. Probability. *Journal of Adult Development*, 8 (4), 249-257.
- Trigg, R (2001). *Racionalidade e Religião. Precisar a Fé da Razão?* Lisboa: Instituto Piaget.
- Underwood, L. G. & Teresi, J. A. (2002). The Daily Spiritual Experience Scale: Development, Theoretical Description, Reability, Exploratory Factor analysis, and Preliminar Construct Validity Using Health-Related Data. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 22-33.
- Van Leeuwen, R.; Tiesing, L. J.; Post, D. & Jochemsen, H. (2006). Spiritual Care: Implications for Nurses Professional Responsibility. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 875-884.
- Van Ness, P. H., Hasl, S. & Stanislav, V. (2003). Religion and Cognitive Dysfunction in Elderly Cohort. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58, S21 – S29.
- Vaz-Serra, A.(2006). Que Significa Envelhecer. Em H. Firmino; L.C. Pinto; A. Lauschner; J. Barreto (Eds), *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Veras, R. (2004). A Era dos Idosos Desafios Contemporâneos. Em A. L. Saldanha, C. P. Caldas (Eds), *Saúde do idoso: A arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Interciência.
- Wachholtz, A. B. & Pargament, K. I (2005). Is Spirituality a Critical Ingredient of Meditation? Comparing the Effects of Spiritual Meditation, Secular Meditation, and Relaxation on Spiritual, Psychological, Cardiac, and Pain Outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(4), 369-384.

- Wandesten, B. & Carlsson, M. (2003). Nursing Theory Views on how to Support the Process of Aging. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2), 118-124
- Ware, J. E., Kosinski, M. & Gandek, B.(2005). *SF-36 ® Health Survey: Manual & Interpretation Guide*. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring. Revised edition*. Colorado: University Press of Colorado.
- Watson, J. (1988). *Nursing: Human Science a Human Care. A Theory of Nursing*. New York: National League of Nursing Press.
- Watson, J. (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Boston: Little Brown.
- Weaver, A. J., Flannelly,L.T.,, Strock, A. L., Krause, N., & Flannelly, K. J. (2005). The Quantity and Quality of Research on Religion and Spirituality in Four Major Gerontology Journals Between 1985 and 2002. *Research on Aging*, 27(2), 119-135
- Wilber, K (1981). Ontogenetic Development: Fundamental Patterns. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 13 (1), 1981, 33-58
- Wink, P. & Dillon, M. (2003). Religiousness, Spirituality, and Psychosocial Functioning in Late Adulthood: Findings from a Longitudinal Study. *Psychology and Aging*, 18(4), 916-924.
- Wink, P. & Dillon, M. (2002). Spiritual Development across the Adult Life Course: Findings from a Longitudinal Study. *Journal of Adult Development* 9 (1), 79 -94
- Wink, P. & Dillon, M. (2001). Religious Involvement and Health Outcomes in late Adulthood. Em T.G. Plante& A. C. Sherman (Eds), *Faith and Health* (pp. 75 – 106). New York: Guilford Press.
- WHO/World Health Organization (2003). *Europe Gerontological Nursing Curriculum: WHO European Strategy for Continuing Education for Nurses and Midwives*. Geneva.
- WHO/World Health Organization (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva
- WHO/World Health Organization (2000). *The World Health Report 2000. Health systems: Improving Performance*.Geneva.

WHO/World Health Organization / WHO–HOQOL (1998). *Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs: Report on WHO Consultation*. Geneva

WHO/World Health Organization (1998). *Executive Board Meeting Document 101*. Geneva.

WHO/World Health Organization (1986). *Health Promotion: Concepts and principles in Action, a Policy Framework*. Geneva.

WHO/World Health Organization (1978). Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health. USSR, 6-12 September, www.who.int/publications/alamatadeclarationen.pdf

WHO/World Health Organization (1974). Plan International of Action on Ageing.

WHO/World Health Organization (1946). *Preamble to the Constitution as Adopted by International Health Conference*. New York, 19 – 22 June, 1946. Signed on 22 Juny 1946 by the representatives of 61 states (official records of the World Health Organization n. ° 2: 100) and entered into force on 7 April 1948.

Wright, L. M.(1998). *Espiritualidade, Sofrimento e Doença*. Coimbra: Ariadne.

Yoon, D. P. & Lee, E. K. O. (2007). The Impact of Religiousness, Spirituality, and Social Support on Psychological Well-Being Among Older Adults in Rural Areas. *Journal of Gerontological Social Work*, 48(3-4), 281-298.

Young, C. & Koopsen, C. (2005). *Spirituality: Health and Healing*. USA: Slack

Zimmerman, G. (2000). *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

Zinnbauer, B. J.; Pargment, K.I. & s. *Journal of Personality*, 67, 839 -919.

Zohar, D. ; Marshall, I. (2004). *Inteligência Espiritual QEs*. Lisboa: Sinais de Fogo.

ANEXOS

ANEXO I – Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Está-lhe a ser pedido para participar no estudo “Espiritualidade e Religiosidade Das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, que está a ser realizado na Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde, para efeitos de Doutoramento na área de Enfermagem, sob a supervisão Científica da Professora Doutora Margarida Vieira (Universidade Católica Portuguesa). A sua participação consistirá no preenchimento de um inquérito anónimo e inteiramente voluntária. A sua decisão em participar ou não participar não terá qualquer consequência. Coloque todas as suas dúvidas se houver algo que não compreenda.

Ao decidir colaborar neste estudo, deverá marcar com uma cruz no quadro abaixo indicado, confirmando dessa forma que aceita participar.

Sim, aceito participar

Data: -----/-----/-----

ANEXO II – Instrumento de investigação



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

INSTITUTO CIÊNCIAS DA SAÚDE

QUESTIONÁRIO

**ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE DAS PESSOAS IDOSAS:
CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE E BEM-ESTAR**

Célia Maria Jordão Simões Silva

Lisboa, Dezembro de 2007

NOTA INTRODUTÓRIA

A aplicação do questionário, tem como finalidade realizar a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar, no Doutoramento em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde.

A sua colaboração é imprescindível para a realização do estudo. As respostas a este questionário são anónimas, voluntárias e confidenciais.

Solicitamos a V. Ex.^a que responda directamente a cada uma das questões da seguinte forma:

1. nas questões que têm quadrado, coloque uma cruz (X) na opção correspondente à sua resposta;
2. nas restantes questões, escreva nas linhas à sua disposição.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade e colaboração.

I - PARTE
CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

IDADE ----- Anos

SEXO:

Masculino

Feminino

ESTADO CIVIL:

Solteiro(a)

Casado(a)/ União de Facto

Divorciado(a)/ Separado(a)

Viúvo(a)

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:

1.º Ciclo do Ensino Básico Incompleto

1.º Ciclo do Ensino Básico Completo/ 4.º Classe

2.º Ciclo do Ensino Básico / 6.º ano de Escolaridade

3.º Ciclo do Ensino Básico / 9.º ano de Escolaridade

Ensino Secundário / 12.º Ano

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

RESIDÊNCIA:

Urbano

Rural

II – PARTE

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DA RELIGIOSIDADE / ESPIRITUALIDADE

EXPERIÊNCIAS ESPIRITUAIS

As seguintes questões tratam de possíveis experiências espirituais. Até que ponto pode afirmar ter sentido o seguinte:

1 – SINTO A PRESENÇA DE DEUS

1. Muitas vezes ao dia
2. Todos os dias
3. A maioria dos dias
4. Alguns dias
5. De vez em quando
6. Nunca ou quase nunca

2 – ENCONTRO FORÇA E RECONFORTO NA MINHA RELIGIÃO

1. Muitas vezes ao dia
2. Todos os dias
3. A maioria dos dias
4. Alguns dias
5. De vez em quando
6. Nunca ou quase nunca

3 – SINTO UMA PROFUNDA PAZ INTERIOR OU HARMONIA

1. Muitas vezes ao dia
2. Todos os dias
3. A maioria dos dias
4. Alguns dias
5. De vez em quando
6. Nunca ou quase nunca

4 – DESEJO ESTAR MAIS PRÓXIMO DE DEUS OU EM COMUNHÃO COM DEUS

1. Muitas vezes ao dia
2. Todos os dias
3. A maioria dos dias
4. Alguns dias
5. De vez em quando
6. Nunca ou quase nunca

5 – SINTO O AMOR DE DEUS, DE FORMA DIRECTA OU ATRAVÉS DE TERCEIROS

1. Muitas vezes ao dia
2. Todos os dias
3. A maioria dos dias
4. Alguns dias
5. De vez em quando
6. Nunca ou quase nunca

6 – SOU ESPIRITUALMENTE TOCADO PELA BELEZA DA CRIAÇÃO

- 1. Muitas vezes ao dia
- 2. Todos os dias
- 3. A maioria dos dias
- 4. Alguns dias
- 5. De vez em quando
- 6. Nunca ou quase nunca

VALORES E CRENÇAS

7 – CREIO NUM DEUS QUE OLHA POR MIM

- 1. Concordo totalmente
- 2. Concordo
- 3. Discordo
- 4. Discordo totalmente

8 – SINTO-ME PROFUNDAMENTE RESPONSÁVEL PELA REDUÇÃO DA DOR E DO SOFRIMENTO NO MUNDO

- 1. Concordo totalmente
- 2. Concordo
- 3. Discordo
- 4. Discordo totalmente

PERDÃO

Devido às minhas crenças religiosas ou espirituais:

9 – PERDOEI-ME POR COISAS QUE FIZ MAL

1. Sempre ou quase sempre

2. Muitas vezes

3. Raramente

4. Nunca

10 – PERDOEI A QUEM ME MAGOOU

1. Sempre ou quase sempre

2. Muitas vezes

3. Raramente

4. Nunca

11 – SEI QUE DEUS ME PERDOA

1. Sempre ou quase sempre

2. Muitas vezes

3. Raramente

4. Nunca

PRÁTICAS RELIGIOSAS PRIVADAS

12 – COM QUE FREQUÊNCIA REZA EM PRIVADO NOUTROS LUGARES QUE NÃO A IGREJA OU SINAGOGA?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Uma vez por dia
3. Algumas vezes por semana
4. Uma vez na semana
5. Várias vezes por mês
6. Uma vez por mês
7. Menos de uma vez por mês
8. Nunca

13 – COM QUE FREQUÊNCIA MEDITA NA SUA TRADIÇÃO RELIGIOSA OU ESPIRITUAL?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Uma vez por dia
3. Algumas vezes por semana
4. Uma vez na semana
5. Várias vezes por mês
6. Uma vez por mês
7. Menos de uma vez por mês
8. Nunca

14 – COM QUE FREQUÊNCIA VÊ OU OUVI PROGRAMAS RELIGIOSOS NA TELEVISÃO OU NA RÁDIO?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Uma vez por dia
3. Algumas vezes por semana
4. Uma vez na semana
5. Várias vezes por mês
6. Uma vez por mês
7. Menos de uma vez por mês
8. Nunca

15- COM QUE FREQUÊNCIA LÊ A BIBLIA OU OUTRAS LITERATURAS RELIGIOSAS?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Uma vez por dia
3. Algumas vezes por semana
4. Uma vez na semana
5. Várias vezes por mês
6. Uma vez por mês
7. Menos de uma vez por mês
8. Nunca

16 – COM QUE FREQUÊNCIA DÁ GRAÇAS OU REZA EM SUA CASA ANTES OU DEPOIS DAS REFEIÇÕES?

1. A todas as refeições

2. Uma vez por dia

3. Pelo menos uma vez por semana

4. Apenas em ocasiões especiais

5. Nunca

COPING RELIGIOSO E ESPIRITUAL

Pense em como tenta compreender e lidar com grandes problemas na sua vida. Até que ponto é que cada um dos casos seguintes está envolvido na forma como vive?

17 - PENSO NA MINHA VIDA COMO SENDO PARTE DE UMA FORÇA ESPIRITUAL SUPERIOR

1. Bastante

2. Muito

3. Um pouco

4. De forma nenhuma

18 – TRABALHO COMO PARCEIRO DE DEUS

1. Bastante

2. Muito

3. Um pouco

4. De forma nenhuma

19 – OLHO PARA DEUS EM BUSCA DE FORÇA, AMPARO E ORIENTAÇÃO

- 1. Bastante
- 2. Muito
- 3. Um pouco
- 4. De forma nenhuma

20 – SINTO QUE DEUS ME ESTÁ A CASTIGAR PELOS MEUS PECADOS OU PELA FALTA DE ESPIRITUALIDADE

- 1. Bastante
- 2. Muito
- 3. Um pouco
- 4. De forma nenhuma

21 – NÃO SEI DE DEUS NÃO ME TERÁ ABANDONADO

- 1. Bastante
- 2. Muito
- 3. Um pouco
- 4. De forma nenhuma

22 – TENTO PERCEBER A SITUAÇÃO E DECIDIR O QUE FAZER SEM DEPENDER TANTO DE DEUS

- 1. Bastante
- 2. Muito
- 3. Um pouco
- 4. De forma nenhuma

23 – ATÉ QUE PONTO ESTÁ A SUA RELIGIÃO ENVOLVIDA NA COMPREENSÃO E NA FORMA COMO ENFRENTA SITUAÇÕES STRESSANTES?

- 1. Bastante envolvida
- 2. Relativamente envolvida
- 3. Pouco envolvida
- 4. Nada envolvida

SUPORTE/ APOIO RELIGIOSO

Estas questões foram concebidas para descobrir qual a ajuda que as pessoas da sua paróquia lhe dariam caso precisasse

24 – SE ESTIVESSE DOENTE, QUAL A AJUDA QUE TERIA POR PARTE DAS PESSOAS DA SUA PARÓQUIA?

- 1. Muita
- 2. Alguma
- 3. Pouca
- 4. Nenhuma

25 – SE TIVESSE UM PROBLEMA OU SE DEPARASSE COM UMA SITUAÇÃO COMPLICADA, QUAL O RECONFORTO QUE TERIA POR PARTE DAS PESSOAS DA SUA PARÓQUIA?

- 1. Muito
- 2. Algum
- 3. Pouco
- 4. Nenhum

Por vezes, os contactos que temos com outras pessoas nem sempre são agradáveis.

26 – COM QUE FREQUÊNCIA É SOLICITADO (A) PELAS PESSOAS DA SUA PARÓQUIA?

1. Muito frequentemente

2. Frequentemente

3. De vez em quando

4. Nunca

27 – COM QUE FREQUÊNCIA AS PESSOAS DA SUA PARÓQUIA SÃO CRÍTICAS PARA CONSIGO E PARA COM AS SUAS ACCÇÕES?

1. Muito frequentemente

2. Frequentemente

3. De vez em quando

4. Nunca

HISTÓRIA RELIGIOSA/ ESPIRITUAL

28 – ALGUMA VEZ TEVE UMA EXPERIÊNCIA RELIGIOSA OU ESPIRITUAL QUE TENHA MUDADO A SUA VIDA?

1. Sim

2. Não

Se SIM, que idade tinha quando ocorreu? ___anos

29 – ALGUMA VEZ TEVE UM AUMENTO SIGNIFICATIVO DA SUA FÉ?

1. Sim

2. Não

Se SIM, que idade tinha quando ocorreu? ___anos

30 – ALGUMA VEZ TEVE UMA PERDA SIGNIFICATIVA DA SUA FÉ?

1. Sim

2. Não

Se SIM, que idade tinha quando ocorreu? ___anos

COMPROMISSO

31 – ESFORÇO-ME POR TRANSPOR AS MINHAS CRENÇAS PARA TODOS OS ASPECTOS DA MINHA VIDA:

1. Concordo totalmente

2. Concordo

3. Não concordo

4. Não concordo de forma nenhuma

32 – DURANTE O ÚLTIMO ANO, QUAL O VALOR, EM MÉDIA, DA SUA CONTRIBUIÇÃO ANUAL E MENSAL PARA A SUA PARÓQUIA OU CAUSAS RELIGIOSAS?

_____EUROS _____EUROS

Contribuição

Contribuição

Anual

Mensal

33 - EM MÉDIA, NUMA SEMANA, QUANTAS HORAS GASTA EM ACTIVIDADES QUE ENVOLVEM A SUA PARÓQUIA, OU EM ACTIVIDADES RELIGIOSAS OU ESPIRITUAIS? _____

RELIGIÃO ORGANIZACIONAL

34 – COM QUE FREQUÊNCIA ASSISTE A SERVIÇOS RELIGIOSOS?

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Mais do que uma vez por semana | <input type="checkbox"/> |
| 2. Todas as semanas ou mais frequentemente | <input type="checkbox"/> |
| 3. Uma ou duas vezes por mês | <input type="checkbox"/> |
| 4. Todos os meses | <input type="checkbox"/> |
| 5. Uma ou duas vezes por ano | <input type="checkbox"/> |
| 6. Nunca | <input type="checkbox"/> |

35 – PARA ALÉM DOS SERVIÇOS RELIGIOSOS, COM QUE FREQUÊNCIA PARTICIPA EM OUTRAS ACTIVIDADES EM LOCAIS DE CULTO?

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Mais do que uma vez por semana | <input type="checkbox"/> |
| 2. Todas as semanas ou mais frequentemente | <input type="checkbox"/> |
| 3. Uma ou duas vezes por mês | <input type="checkbox"/> |
| 4. Todos os meses | <input type="checkbox"/> |
| 5. Uma ou duas vezes por ano | <input type="checkbox"/> |
| 6. Nunca | <input type="checkbox"/> |

PREFERÊNCIA RELIGIOSA

36 – QUAL A SUA PREFERÊNCIA RELIGIOSA ACTUAL? _____

Se protestante, qual a denominação específica? _____

AUTO – ESCALA GLOBAL (Intensidade Religiosa / Espiritual)

37 – ATÉ QUE PONTO SE CONSIDERA UMA PESSOA RELIGIOSA?

- | | |
|------------------|--------------------------|
| 1. Muito | <input type="checkbox"/> |
| 2. Moderadamente | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ligeiramente | <input type="checkbox"/> |
| 4. Nada | <input type="checkbox"/> |

38 – ATÉ QUE PONTO SE CONSIDERA UMA PESSOA ESPIRITAL?

1. Muito

2. Moderadamente

3. Ligeiramente

4. Nada

APÊNDICE – SIGNIFICADO/ SENTIDO

1 – OS ACONTECIMENTOS NA MINHA VIDA VÃO-SE DESENVOLVENDO DE ACORDO COM UM PLANO DIVINO OU SUPERIOR

1. Concordo totalmente

2. Concordo

3. Discordo

4. Discordo totalmente

2 - TENHO UM SENTIMENTO DE MISSÃO OU CHAMAMENTO NA MINHA VIDA

1. Concordo totalmente

2. Concordo

3. Discordo

4. Discordo totalmente

III - PARTE
QUESTIONÁRIO DO ESTADO DE SAÚDE SF-36

Para as perguntas 1 e 2 por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua Saúde

1. Em geral, como diria que a sua Saúde é:

Ótima	1
Muito Boa	2
Boa	3
Razoável	4
Fraca	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve, o seu estado geral actual:

Muito melhor	1
Com algumas melhoras	2
Aproximadamente	3
Um pouco pior	4
Muito pior	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades no seu dia-a-dia. Será que a sua Saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo num número em cada linha)	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
A. Actividades violentas , tais como: correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
B. Actividades moderadas , tais como: deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
C. Levantar ou carregar as compras da mercearia	1	2	3
D. Subir vários lanços de escada	1	2	3
E. Subir um lanço de escada	1	2	3
F. Inclinar-se, ajoelhar-se ou abaixar-se	1	2	3
G. Andar mais de 1 Km	1	2	3
H. Andar vários quarteirões	1	2	3
I. Andar um quarteirão	1	2	3
J. Tomar banho ou vestir-se sozinho	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como conseqüências do seu estado de saúde física?

(Por favor em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não)	Sim	Não
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2
B. Fez menos do que queria	1	2
C. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2
D. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

(Por favor em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não)	Sim	Não
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades	1	2
B. Fez menos do que queria	1	2
C. Não executou o seu trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde

6. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais, interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada.....	1
Pouco.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Imenso.....	5

7. Durante as últimas quatro semanas teve dores?

Nenhumas	1
Muito fracas	2
Ligeiras	3
Moderadas	4
Fortes	5
Muito Fortes	6

8. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu, com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Imenso	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas. Para cada pergunta, coloque por favor, um círculo á volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo nas últimas quatro semanas	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
A. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5	6
B. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
C. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
D. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
E. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
F. Se sentiu triste e em baixa?	1	2	3	4	5	6
G. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
H. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
I. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	1
A maior parte do tempo	2
Algum tempo	3
Pouco tempo	4
Nunca	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

(Por favor assinale um número em cada linha)	Totalmente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Totalmente falso
A. Parece que adoeço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
B. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
C. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D. A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

ANEXO III – Pedidos de autorização ao Fetzer (Instituto/NIA) para utilizar *Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS)* e à *Medical Outcomes Trust (MOT)* para utilizar o SF-36

Célia Maria Jordão Simões Silva
Rua Frei Brás de Barros Lote 14
2º Esq., 2410-035 Leiria
Portugal
18th July 2007

John E. Fetzer Institute
9292 West KL Avenue
Kalamazoo, MI
49009-9398
United States

Dear Sir or Madam,

My name is Célia Maria Jordão Simões Silva and I am an associate professor at Escola Superior de Saúde de Leiria/ Instituto Politécnico de Leiria, in Leiria, Portugal. I am actually taking a Doctorate on Nursery at the Universidade Católica Portuguesa, Lisbon, and wish to write my doctoral thesis on "Spirituality and Religiousness of elder people: consequences on health and well-being". For that reason, I am asking for your permission to use your "Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality: 1999", submitted to a transcultural adaptation.

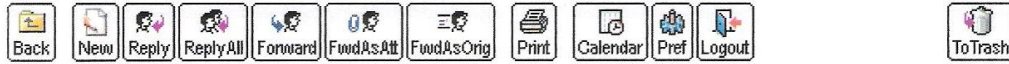
I look forward to hearing from you,

Yours faithfully,

Célia Maria Jordão Simões Silva

MENSAGEM

Entrada : 129 mensagens



Data: Tue, 30 Oct 2007 22:17:43 +0000 

De: csc.traducoes@sapo.pt   

Para: kcopley@qualitymetric.com

Cópia: Celia Maria Jordão Simoes <cjsimoes@ipleiria.pt>

Assunto: INFORMATION

Dear Kristine Copley,

I thank you for your reply to my email sent on September 2007 in which I asked permission for using the survey SF 36-Medical Outcomes Trust (MOT), in its version 1.0, in Portuguese for my thesis entitled "Spirituality, Religiosity of elder people - consequences for health and well-being" in the framework of my Master in Nursing from the University Catholic of Portugal (Universidade Católica Portuguesa). I also thank your parents for the strength they gave me by showing their interest in my thesis. I wish them lots of good things. Right now, I have some doubts about the request I made as far as my using your survey is concerned and I would like you to inform me whether I made the licensing correctly or not and if I am entitled to using it or not. In case I haven't done things correctly, would you please tell me the steps I should make in order to have this permission and how I can access the survey in question?

Thanks in advance,

Best Regards,

Celia Maria Jordão Simões

ANEXO IV – Autorizações das instituições para utilizar *BMMRS* e SF-36

MULTIDIMENSIONAL MEASUREMENT OF RELIGIOUSNESS/SPIRITUALITY FOR USE IN HEALTH RESEARCH: FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

Do I need permission to use the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality (BMMRS) or any other portion of this booklet?
You do not need permission to use the BMMRS or any other portion of this booklet in any study, dissertation, class, or other printed document.

The Fetzer Institute appreciates receiving notice of its usage and especially news of published articles that cite the instrument's use in research projects. You can notify us by e-mailing info@fetzer.org.

Do you have additional information on usage of the multidimensional instrument?

While we do not keep detailed track of the use of this instrument, the Fetzer Institute has conducted a survey on its use. Please see the executive summary ([link](#))

See also: listing of articles citing this booklet ([link](#)). This posting is updated quarterly.

Do you have any advice on how to use this instrument?

Please refer to Table 3: Descriptive Statistics at the back of the booklet, which illustrates the instrument's reverse scoring.

Do you have additional information on the GSS data: numbers involved, other topics surveyed, general information?

Please refer to the General Social Survey cumulative codebook at <http://www.icpsr.umich.edu:8080/GSS/homepage.htm>

Is there research funding available?

The Fetzer Institute does not encourage proposals requesting financial support for the use of the BMMRS in research projects, nor is it currently funding research in this area.

While the Fetzer Institute appreciates receiving comments, both positive and negative, concerning the instrument, we are not currently staffed to provide extensive responses concerning questions such as how we see the field of spirituality and health, what is currently needed by the field, and how the BMMRS fits into the field.

Data: Fri, 2 Nov 2007 15:15:54 -0400

De: "Kristine Copley" <kcopley@qualitymetric.com>

Para: Celia Maria Jordão Simoes <cjsimoes@ipleiria.pt>

Assunto: QualityMetric Quote 32642

Firstly, your English is very good, and I can understand you completely! Thankyou!

My apologies for not sending pricing sooner!

Based on the information you supplied, you qualify for an "Unfunded Student Research" license and terms. Here is your formal quotation:

Quote:

Our license agreements are on an annual basis and for a single study. You qualify to use our Intellectual Property for unfunded student research for the study "Spirituality and Religiousness of elder people: consequences on health and well-being". Since this project is for student research, the licensing agreement is required to be drawn up the name of the student. Please provide your full name and personal contact/address information when responding to this quote.

Administrative Fee for the SF-36® (Original Version) in Portuguese for 1 year and 1 study with unlimited administrations: \$100.00

This fee helps support the efforts of the Office of Grants and Scholarly Research so that we may continue to offer those in the academic community performing scholarly research the ability to administer our surveys with unlimited survey administrations, as well as to offer many of our additional products and services at a reduced rate.

Required Scoring Materials

Please choose one of the following required scoring materials from the list below. Please contact us for other options if you're considering a survey not mentioned below:

SF-36® (Original Version)*

1) SF-36v1 Reference Kit: \$150.00

2) SF-36v1 Reference Kit with one-year access to Scoring Software 2.0: \$300.00

Note: If you have access to these materials, you are not required to make an additional purchase.

Other Recommendations:

Scoring Software 2.0 Technical Support: \$99.00 per year

Educational Series from Tufts University on Understanding Health Outcomes - Two CD-ROM set: Retail: \$150. Your cost with software purchase: \$75.00*.

* Plus shipping and handling. Manual and software fees are in addition to the Administrative Fee

To Request a Formal License Agreement

Please reply to this email and confirm the following items:

SF-36v1 in Portuguese for 1 year Scoring materials needed (if any)

QualityMetric Incorporated will respond with a license agreement and invoice for the Administrative Fee and scoring materials. Once the license is signed and returned (fax signatures accepted) and payment received, the surveys

📧 +html+

Data: Tue, 20 Nov 2007 16:43:19 -0500 📧
De: "Lynda LaPlante" <llaplante@qualitymetric.com> 📧 📧 📧
Para: Celia Maria Jordão Simoes <cjsimoes@ipleiria.pt>
Assunto: Signed Agreement for License #F1-091007-32642
DearCelia,

Thankyou for your email. We have received payment and the SF36 Version 1 Reference Kithas been mailed 1 have not yet received the signedagreement. You may fax this directly to my attention at 401-642-9349. Once I will be able to release the SF36® survey forms to you.

KindRegards,
Lynda

Lynda LaPlante

Senior Administrator

Office of Grants and ScholarlyResearch (OGSR)
640 George Washington Hwy, Suite 201 | Lincoln, RI 02865
Phone: 401.334.8800 ext249 | Fax: 401.642.9349

www.QualityMetric.com

-----OriginalMessage-----

From: Celia Maria Jordão Simoes [mailto:cjsimoes@ipleiria.pt]
Sent: Sunday, November 18, 2007 5:16 AM
To: Lynda LaPlante
Subject: Re: Agreement and Invoice for License #F1-091007-32642

Hello

I'mwriting to you in order to inform that i've already proceed to the paymentof the license (plus the scoring manuals) and I've already send the licenseagreement signed.

I'mnow waiting for the surveys and all the scoring manuals.

Withthe best regards.

CeliaJordão

Anexo 2: image001.gif (3KB) 0-1

Tipo: image/gif
Codificação: base64

Abrir

ANEXO V – Pedidos de autorização às instituições para a aplicação do instrumento de
investigação

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria.
Tel. 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@esslei.iplleiria.pt

Ao
Conselho de Administração do Montepio D. Leonor
Rua do Montepio, n.º 9
2500 – 180 / Caldas da Rainha

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.ª autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo. No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo técnica da entrevista. Para comprovar a veracidade da Tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.ª, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 26 de Novembro de 2007

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria.
Tel. 96 522 7133
E-mail: cjsimoes@esslei.ipleiria.pt

Exmo. Senhor
Provedor da Stª Casa da Misericórdia da Benedita
Rua Padre Dr. Fernando Maurício
2475 – 138 / Benedita

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.ª autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo. No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo técnica da entrevista. Para comprovar a veracidade da Tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa. No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender. Aguardando a resposta de V. Ex.ª, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 26 de Novembro de 2007

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria.
Tel. 96 5227133
E-mail: cjsimoes@esslei.ipleiria.pt

Exmo. Senhor
Provedor Engenheiro António de Almeida Monteiro
Da Stª Casa da Misericórdia da Batalha
Rua da Misericórdia
2440- 119 / Batalha

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.ª autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo. No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo técnica da entrevista. Para comprovar a veracidade da Tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa. No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender. Aguardando a resposta de V. Ex.ª, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 26 de Novembro de 2007

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria.
Tel. 96 5227133
E-mail: cjsimoes@esslei.ipleiria.pt

Exmo. Senhor
Provedor da Stª Casa da Misericórdia da Marinha Grande
R. Forno Telha, Marinha Grande
2430 – 136 / Marinha Grande

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.ª autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo. No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo técnica da entrevista. Para comprovar a veracidade da Tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.ª, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 26 de Novembro de 2007

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria.
Tel. 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@esslei.ipleiria.pt

Exmo. Sr.
Presidente Padre João Brás do
Centro Social Paroquial Santa Catarina
Estrada Nacional 360, n.º 12
2500 – 770 / Santa Catarina

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.^a autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia e Centro de Convívio, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

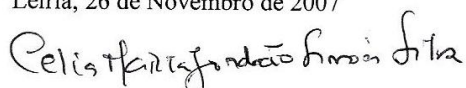
No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da Tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.^a, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 26 de Novembro de 2007



Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria.
Tel. 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@esslei.ipleiria.pt

Exmo. Sr. Presidente
Do Centro Social Paroquial do Bombarral
Av. Luís Henriques
2540 – 007 / Bombarral

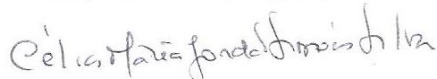
Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.^a autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo. No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo técnica da entrevista. Para comprovar a veracidade da Tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.^a, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 7 de Dezembro de 2007



Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria.
Tel. 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@esslei.ipleiria.pt

Exmo. Sr.
Provedor Da Santa Casa de Misericórdia de Pedrógão Grande
Largo da Devesa
3270- 101/ Pedrógão Grande

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.^a autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia (Pedrógão Grande, Vila Facaia e Graça), respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da Tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.^a, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 26 de Novembro de 2007

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria.
Tel. 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@esslei.iplleiria.pt

Exmo. Sr.
Provedor Da Santa Casa de Misericórdia do Vimeiro
Rua Principal n.º 81
2460 – 781/ Vimeiro
Alcobaça

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.^a autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Convívio, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

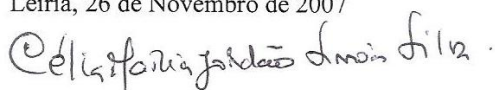
No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da Tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.^a, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 26 de Novembro de 2007



Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria.
Tel. 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@esslei.ipleiria.pt

Exmo. Sr.
Provedor Da Santa Casa de Misericórdia de Ansião
Ansião
3240 – 101/Ansião

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.^a autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo. No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo técnica da entrevista. Para comprovar a veracidade da Tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa. No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender. Aguardando a resposta de V. Ex.^a, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 26 de Novembro de 2007

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria
Tel.: 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@iicsci.leiria.pt

Ao
Conselho de Administração da Fundação
Dr. José Lourenço Júnior
Rua da Fundação
3100 – 012/Abiúl

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.^a autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos do Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo a técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.^a, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 20 de Fevereiro de 2008

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria.
Tel. 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@esslei.ipleiria.pt

Exma. Sr.
Presidente da Mesa Administrativa da Confraria da Nazaré
Largo Nossas Senhora da Nazaré
Sítio da Nazaré
2450 – 065 / Nazaré

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.^a autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia, Centro de Convívio, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da Tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.^a, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 26 de Novembro de 2007

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria.
Tel. 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@esslei.ipleiria.pt

Exma. Sr.
Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Porto de Mós
Rua Serra Frazão
2480 – 337 / Porto de Mós

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.^a autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia, Centro de Convívio, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

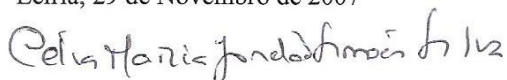
No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da Tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.^a, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 29 de Novembro de 2007



Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria
Tel: 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@esslei.inleiria.pt

Exmo. Senhor Presidente
Padre Joaquim de Jesus João
Rua da Escola, n.º 1
2425 -617 / Monte Redondo

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.^a autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tentamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo a técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.^a, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 4 de Dezembro de 2007

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria.
Tel. 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@esslei.ipleiria.pt

Exma. Sr.^a
Presidente Dr.^a Teresa Camilo
Estrada da Fonte santa, n.º 2
2510 – 321/ A – dos Negros

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.^a autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Convívio, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da Tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.^a, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 26 de Novembro de 2007

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria
Tel: 96 522 71 33
E-mail: cisimoes@esslei.iplleiria.pt

Exmo. Senhora Dr.ª
Helena Neto
Rua de Angola, n.º 7
2460 – 107/ Alfeizerão

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.ª autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

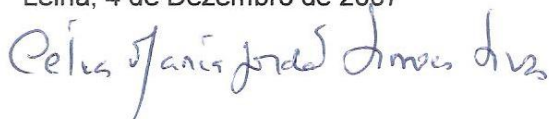
No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo a técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.ª, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 4 de Dezembro de 2007



Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria
Tel: 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@esslei.iplleiria.pt

Exmo. Senhora Dr.ª
Carla Crespo
Rua dos Loureiros, n.º 97
2425 – 342/ Carvide

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.ª autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo a técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.ª, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 4 de Dezembro de 2007

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva

R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.

2410-035/ Leiria

Tel.: 96 522 71 33

E-mail: cjsimoes@esicel.iplleiria.pt

Exmo. Senhor Director

Joaquim Guarda

Centro Social e Cultural da Paróquia do Souto da Carpalhosa

Souto da Carpalhosa

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.ª autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo a técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.ª, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 20 de Dezembro de 2007

Célia Maria Jordão Simões Silva.

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria
Tel: 96 522 71 33
E-mail: csimoes@esstei.iplleiria.pt

Exmo. Senhor Presidente
Do Centro Social e Paroquial da Caranguejeira
Rua São Cristóvão, n. 1
2420 -104/ Caranguejeira

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese "Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar", solicita a V. Ex.ª autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo a técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.ª, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 7 de Dezembro de 2007

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria
Tel.: 96 522 71 33
E-mail: cisimoes@esstei.inleiria.pt

Exma. Sr.ª Directora Técnica
Dr. Anabela Mariano
Da Associação de Bem-Estar e Tempos Livres de Pataias
Av. Nossa Senhora Vitória, n. 122
2445 – 365 / Pataias

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.ª autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Convívio, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo a técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.ª, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 17 de Dezembro de 2007

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria
Tel.: 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@esslei.inleiria.pt

Exma. Sr.ª Directora Técnica
Dr. Alexandra Lemos
Da Associação de Bem-Estar e Tempos Livres de Martingança
Av. Nossa Senhora de Fátima, n. 70
2445 – 762 / Martingança

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.ª autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Convívio, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

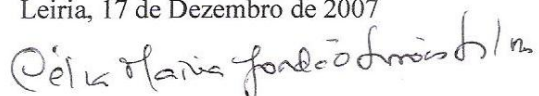
No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo a técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.ª, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 17 de Dezembro de 2007



Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria
Tel.: 96 522 71 33
E-mail: cisimoes@esslei.iplleiria.pt

Exma. Sr.ª Directora Técnica / Dr.ª Sílvia Lopes
Da Associação da Casa do Povo Maças Dona Maria
Rua Dr.º Fernando Pimentel de Abreu
3250 - Maças Dona Maria / Alvaiázere

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.ª autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Convívio, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

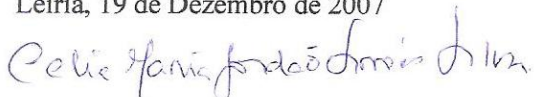
No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo a técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.ª, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 19 de Dezembro de 2007



Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria
Tel.: 96 522 71 33
E-mail: cisimoes@esslei.inleiria.pt

Exmo. Sr. Presidente da Direcção
Do Centro Social e Paroquial da Ilha
Rua da Pré-Primária, n.2
3105 -117- Ilha /Pombal

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.^a autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos do Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo a técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.^a, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 19 de Dezembro de 2007

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria
Tel.: 96 522 71 33
E-mail: cisimoes@esslei.inleiria.pt

Exmo. Sr. Presidente – Pedro Cartaxo
Do Lar Evangélico Nova Esperança
Bairro da Pocariça
2400 – Pocariça/ Maceira

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.^a autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos do Centro de Dia e do Apoio Domiciliário, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo a técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.^a, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 19 de Dezembro de 2007
Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria
Tel.: 96 522 71 33
E-mail: cisimoes@esslei.iplleiria.pt

Exma. Sr.ª Directora Técnica / Dr.ª Catarina Lopes
Da Fundação D. Fernanda Marques
Largo Dr. João Lopes da Costa Rêgo
3240 – 467/ Chão de Couce

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.ª autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

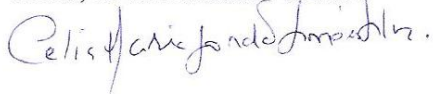
No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo a técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.ª, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 19 de Dezembro de 2007



Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria
Tel.: 96 522 71 33
E-mail: cisimoes@esslei.inleiria.pt

Exma. Sr.ª Directora Técnica
Do Centro de Dia
Vieira de Leiria

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.ª autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos do Centro de Dia e do Apoio Domiciliário, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo a técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.ª, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 8 de Fevereiro de 2008

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria
Tel.: 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@esslei.iplleiria.pt

Exmo. Senhor Presidente
Do Centro Paroquial da Solidariedade Social de
Castanheira de Pêra
Valência do centro Comunitário
AV. Adrião Reis
3280-012/ Castanheira de Pêra

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.ª autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro Comunitário, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

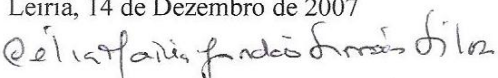
Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo a técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.ª, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 14 de Dezembro de 2007



Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria
Tel.: 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@esslei.inleiria.pt

Exmo. Senhor Presidente
Do Município da Câmara de Peniche
Largo do Município
2520 /Peniche

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.^a autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Convívio, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo a técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.^a, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 14 de Dezembro de 2007

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria.
Tel. 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@esslei.ipleiria.pt

Exma. Direcção
Do Centro Social Baptista de Leiria
Cruz da Areia /Leiria

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.^a autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia, Centro de Convívio, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

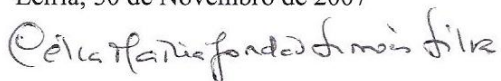
No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da Tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.^a, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 30 de Novembro de 2007



Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria.
Tel. 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@esslei.ipleiria.pt

Exmo. Sr. Provedor
Da Santa Casa da Misericórdia de Aljubarrota
Estrada Nacional 8, n.º 12
2460 -711 / S. Vicente – Aljubarrota

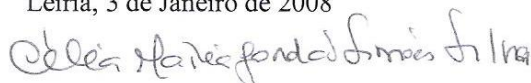
Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.ª autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo. No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo técnica da entrevista. Para comprovar a veracidade da Tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.ª, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 3 de Janeiro de 2008



Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria.
Tel. 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@esslei.ipleiria.pt

Exmo. Sr. Presidente da Direcção
Do Centro Social e Paroquial da Mata Mourisca
Largo da Igreja
3105- 193/ Mata Mourisca – Pombal

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.^a autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da Tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.^a, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 3 de Janeiro de 2008

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria.
Tel. 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@esslei.ipleiria.pt

Exma. Sr.ª Directora Técnica (Dr.ª Fátima Beja)
Da Santa Casa da Misericórdia da Redinha
Largo Capitão Lara Reis
3105-330 / Redinha

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.ª autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da Tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.ª, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 3 de Janeiro de 2008

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria.
Tel. 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@esslei.ipleiria.pt

Exma. Sr.ª Directora Técnica (Dr.ª Luísa Sacramento)
Do Centro Social de Vila Cá
Rua do Porto do Vale
Souto de Vila Cá
3000 – 819 / Vila Cá

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.ª autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo. No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo técnica da entrevista. Para comprovar a veracidade da Tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.ª, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 3 de Janeiro de 2008

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria.
Tel. 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@esslei.ipleiria.pt

Exmo. Sr.ª Presidente (Maria Da Luz Oliveira Antunes)
Do Centro Social Júlio Antunes
Rua do Centro Social n.º 6
3000 – 105 / Vermoil

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.ª autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo. No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo técnica da entrevista. Para comprovar a veracidade da Tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.ª, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 3 de Janeiro de 2008

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria.
Tel. 96 522 71 33
E-mail: cjsimoes@esslei.ipleiria.pt

Exmo. Sr. Presidente
Do Centro Social e Paroquial de Almagreira
Rua dos Serviços Sociais n.º 8
3000 – 105 / Almagreira

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.^a autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos que frequentam o Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo. No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adotar a técnica do preenchimento assistido, segundo técnica da entrevista. Para comprovar a veracidade da Tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.^a, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 3 de Janeiro de 2008



Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria
Tel.: 96 522 71 33
E-mail:

Exma. Sr.ª Dr.ª Márcia Martinho
Rua Vítor Almeida Baltazar, n.º 15
2525 – 079 / Atouguia da Baleia – Peniche

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.ª autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos do Centro de Convívio, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo a técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.ª, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 7 de Março de 2008

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria
Tel.: 96 522 71 33
E-mail:

Exmo. Presidente do Centro de Dia
João Costa Fonseca
Rua Principal
3100 – 682/ Santiago de Litém

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.^a autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos do Centro de Convívio, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tentamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo a técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.^a, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 5 de Maio de 2008

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria
Tel.: 96 522 71 33
E-mail:

Exmo. Presidente da Direcção
Do Lar Social do Arrabal
Rua D. Dinis, n.º 25
2420 – 003 / Arrabal

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.ª autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos do Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo a técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.ª, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 29 de Abril de 2008

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva

R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.

2410-035/ Leiria

Tel.: 96 522 71 33

E-mail:

Exmo. Presidente da Direcção do
Lar São Francisco
Leiria

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.^a autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos do Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

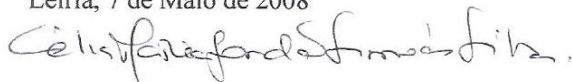
No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo a técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.^a, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 7 de Maio de 2008



Célia Maria Jordão Simões Silva

R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.

2410-035/ Leiria

Tel.: 96 522 71 33

E-mail: cjsimoes@escola.leiria.ipl.pt

Exma. Direcção da Associação

Centro Social de São Pedro

Rua do Valinho – Eguins

3100 – 081/ Albergaria dos Doze

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.^a autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos do Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo a técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.^a, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 29 de Abril de 2008

Célia Maria Jordão Simões Silva

Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14, 2.º Esq.
2410-035/ Leiria
Tel.: 96 522 71 33
E-mail: csimoes@uecels.leiria.pt

Exma. Sr.ª Directora Técnica (Dr.ª Cidália Duarte)
Da Residência Sénior - Flor da Serra
Ramalhais de Baixo
3100 – 051/Abiúl

Assunto: Pedido de Aplicação do Questionário

Célia Maria Jordão Simões Silva, Docente na Escola Superior de Saúde de Leiria/ IPL, a frequentar o Doutoramento de Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa/ Instituto Ciências da Saúde e, a desenvolver a Tese “Espiritualidade e Religiosidade das Pessoas Idosas: consequências para a saúde e bem-estar”, solicita a V. Ex.ª autorização para aplicar o questionário (em anexo) aos idosos do Centro de Dia, respeitando o desejo dos mesmos em querer ou não participar no estudo.

No caso do parecer ser favorável à aplicação do questionário, agradeço informação sobre as horas mais adequadas à sua aplicação. Alguns questionários serão preenchidos pelos próprios e nos que têm dificuldade tencionamos adoptar a técnica do preenchimento assistido, segundo a técnica da entrevista.

Para comprovar a veracidade da tese, envio também uma fotocópia da declaração emitida pela Universidade Católica Portuguesa.

No estudo comprometo-me a respeitar os procedimentos éticos e formais que envolvem qualquer processo de investigação e a apresentar os resultados da pesquisa, se assim o entender.

Aguardando a resposta de V. Ex.ª, subscrevo-me com os melhores cumprimentos

Leiria, 20 de Fevereiro de 2008



ANEXO VI – Autorização das instituições para a aplicação do instrumento de
investigação



**SANTA CASA DA MISERICÓRDIA
DE ANSIÃO**

Instituição Particular de Solidariedade Social

**Exma. Sra.
Célia Maria Jordão Simões Silva
R. Frei Brás de Barros, Lote 14
2º Esq.
2410-035 Leiria**

Data: 06-12-2007

Assunto: Questionários

Em resposta à V/carta datada de 26 de Novembro de 2007, somos a informar que esta Instituição está disponível para que possa vir aplicar os seus questionários aos nossos Idosos.

Com os melhores cumprimentos,

A Mesa Directiva

MENSAGEM

Entrada : 154 mensagens



◀ 16 ▶

Data: Wed, 5 Dec 2007 11:29:50 +0000

De: susanafonseca@portugalmail.pt

Para: cjsimoes@esslei.ipleiria.pt

Cópia: santacasabombarral@mail.telepac.pt

Assunto: Santa C.M.Bombarral

Venho por este meio informar, que foi deliberado na reunião da Mesa Administrativa, da Santa Casa da Misericórdia de Bombarral, autorizar a aplicação dos questionários, que nos solicitou.

Para agendar as datas de aplicação poderá contactar-me para o número:

262 604 473 ou 961347941.

Quanto às horas de aplicação, mais favoráveis, tenho a informar que o Centro de Convívio funciona das 14h às 18h, logo terá de ser sempre no período da tarde.

Com os melhores cumprimentos,

Susana Fonseca

MENSAGEM

Entrada : 137 mensagens



◀ 7 ▶ +html+

Data: Fri, 7 Dec 2007 11:53:18 -0000

De: "Lar de Idosos" <lardeidosos@cnsn.pt>

Para: <cjsimoes@esslei.ipleiria.pt>

Assunto: Aplicação de questionário

Venho, pelo presente, confirmar a aceitação da aplicação deste questionário, sendo que só temos 5 utentes e

Com os melhores cumprimentos,

Irene Tereso

Lic. Psicologia

Directora Técnica Lar 3ª Idade/Centro de Dia

262550100

MENSAGEM

Entrada : 144 mensagens



◀ 1 ▶ +html+

Data: Thu, 13 Dec 2007 09:29:55 +0000 

De: "centro social sra piedade m redondo" <centrosrapiedademredondo@gmail.com>   

Para: cjsimoes@esslei.ipleiria.pt

Assunto: [spam-SCM] Pedido de aplicação de questionário
Dr  Célia Silva

Vimos desta forma confirmar a autorização para aplicar o questionário pretendido. O melhor dia para o fazer r será às terças-feiras, é uma questão de confirmar a sua disponibilidade, pois podemos combinar outro dia.

Pedimos desculpa no atraso da resposta mas este mês é sempre muito atarefado.

Aproveitamos para desejar um Santo e Feliz Natal e um ano de 2008 cheio de projectos pessoais e profission


Com os melhores cumprimentos

Rita Pinheiro

◀ 1 ▶

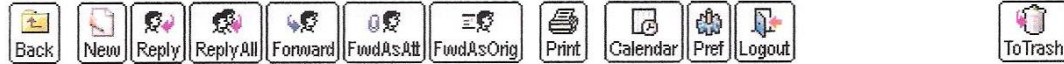
Cód. Caracteres iso-8859-1 *

-- Seleccione a resposta tipo -- 

Guardadas 

MENSAGEM

Entrada : 133 mensagens



< 7 > +html+

Data: Tue, 4 Dec 2007 15:43:43 -0000

De: "Lar St Casa M Grande" <larsantacasa@sapo.pt>

Para: <cjsimoes@esslei.ipleiria.pt>

Assunto: Aplicação de Questionário

Exma. Sr.^a Dr.^a Célia Silva

Vimos por este meio informar que o pedido de aplicação de questionários aos idosos na nossa instituição foi

Mais informo que os melhores dias serão 3^a, 5^a e 6^a às 15h, podemos definir o dia via telefónica (244502409).

Com os meus cumprimentos,

A Directora

Dr.^a Helena Santo António