



**Universidade Católica Portuguesa**

**BEM-ESTAR ESPIRITUAL DA PESSOA IDOSA: CONTRIBUTOS NA  
CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO**

***SPIRITUAL WELL-BEING OF THE ELDERLY: CONTRIBUTIONS  
IN SELF-CARE ABILITY***

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

Por

Maria de Fátima Caixeiro Cunha Tavares

Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem  
Setembro, 2023





**Universidade Católica Portuguesa**

**BEM-ESTAR ESPIRITUAL DA PESSOA IDOSA: CONTRIBUTOS NA  
CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO**

***SPIRITUAL WELL-BEING OF THE ELDERLY: CONTRIBUTIONS  
IN SELF-CARE ABILITY***

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

Por

Maria de Fátima Caixeiro Cunha Tavares

Sob Orientação da Professora Doutora Margarida Maria da Silva Vieira

Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem  
Setembro, 2023



*“Não devemos ter medo de evocar a dimensão espiritual da existência. O espírito não se opõe à matéria, mas atravessa-a para a elevar acima dela mesma”*

*Isabel Renaud*



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Margarida Vieira, uma referência na disciplina de Enfermagem, por aceitar orientar-nos no percurso que culmina com esta tese, pelos saberes partilhados que nos possibilitaram crescer ao longo do mesmo;

Ao Instituto Politécnico de Santarém | Escola Superior de Saúde de Santarém, o apoio concedido na realização deste trabalho;

Às Instituições que colaboraram no estudo, pelas autorizações concedidas, pelo carinho com que nos receberam e colaboração no decorrer da colheita de dados;

A todos os participantes, porque só com eles foi possível esta investigação;

A todos os colegas que ao longo deste percurso nos incentivaram. À Cassilda Sarroeira, que já não se encontrando entre nós, continua a constituir-se como fonte de inspiração.

À colega e amiga Rosário Pinto, pela disponibilidade incondicional, pelas reflexões partilhadas que me ajudaram a crescer durante este percurso;

A toda a família, o carinho, apoio incondicional e incentivo ao longo de todo o processo. O caminho foi amenizado com o contributo de cada um de vós;

A todos, muito obrigada!



## RESUMO

Um número crescente de estudos relacionados com a espiritualidade/ religiosidade e bem-estar espiritual evidenciam resultados positivos no domínio da saúde. Contudo a evidência científica não é unânime quanto à relação entre a espiritualidade e a capacidade de autocuidado da pessoa idosa. **Objetivos:** Analisar a relação entre o Bem-estar Espiritual e Capacidade de Autocuidado em pessoas idosas; compreender a relação entre as dimensões do Bem-estar espiritual e as dimensões da Capacidade de Autocuidado, assim como, analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e autoperceção do estado de saúde no Bem-estar Espiritual e na Capacidade de Autocuidado. **Metodologia:** Estudo de natureza não experimental, transversal, quantitativo de tipo descritivo e correlacional, desenvolvido em duas etapas. A primeira etapa refere-se ao processo de tradução, adaptação cultural e validação da *Exercise of Self-care Agency Scale* (ESCA) para a versão portuguesa em pessoas idosas residentes em contexto domiciliário. A segunda etapa visou dar resposta aos objetivos propostos e integrou 400 pessoas idosas residentes em contexto domiciliário. **Resultados:** Do processo de tradução, adaptação e validação da ESCA, apresenta-se um instrumento constituído por 29 itens com características psicométricas adequadas para utilização em pesquisas futuras (escala global  $\alpha = .871$ ). O género, idade, escolaridade e autoperceção do estado de saúde, demonstram estar associados a diferenças significativas no Bem-estar espiritual, com resultados superiores no género feminino, nas pessoas mais idosas, em níveis mais baixos de escolaridade e nas pessoas idosas que se autopercecionam como incapazes de cuidar de si. A idade, escolaridade e a autoperceção do estado de saúde, demonstram estar associados a diferenças significativas em algumas das dimensões da capacidade de autocuidado. O Bem-estar espiritual, nas suas dimensões constituintes Fé pessoal, Prática religiosa e Paz espiritual, explicam 16% capacidade de autocuidado. A influência das dimensões do Bem-estar espiritual na autoperceção do estado de saúde, mediado pela Capacidade de autocuidado, revelou que a Paz espiritual agindo positivamente sobre o Autoconceito, Iniciativa e responsabilidade e atividade para o autocuidado detém uma influência positiva na autoperceção de saúde. A Fé pessoal e a Prática religiosa constituem-se como impulsionadoras da capacidade de autocuidado, desempenhando um papel fundamental nas pessoas idosas que se autopercecionam como incapazes de cuidar de si. **Conclusões:** O Bem-estar espiritual constitui-se como um tipo de apoio capaz de potenciar a capacidade de autocuidado. Como tal, os enfermeiros, integrando uma abordagem holística do cuidar, devem promover o bem-estar espiritual da pessoa idosa no decorrer dos processos de saúde/doença. Implicações do estudo para a educação em enfermagem e investigação foram discutidas.

**Palavras-chave:** Autocuidado, Espiritualidade, Bem-estar espiritual, idoso.



## **ABSTRACT**

A growing number of studies related to spirituality/religiosity and spiritual well-being show positive results in terms of health. However, the scientific evidence is not unanimous on the role of spirituality in the self-care capacity of the elderly. **Objectives:** To analyze the relationship between Spiritual Well-Being and Self-Care Ability in elderly people; to understand the relationship between the dimensions of Spiritual Well-Being and the dimensions of Self-Care Ability, and to analyze the relationship between sociodemographic variables and self-perception of health status in Spiritual Well-Being and Self-Care Ability. **Methodology:** This is a non-experimental, cross-sectional, quantitative descriptive and correlational study, carried out in two stages. The first stage refers to the process of translation, cultural adaptation and validation of the Exercise of Self-care Agency Scale (ESCA) for the portuguese version in elderly people living at home. The second stage aimed to meet the proposed objectives and included 400 elderly people living at home. **Results:** From the process of translation, adaptation and validation of the ESCA, an instrument consisting of 29 items is presented with psychometric characteristics suitable for use in future research (overall scale  $\alpha = .871$ ). Gender, age, schooling and self-perception of health status have been shown to be associated with significant differences in spiritual well-being, with higher results for females, older people, lower levels of schooling and older people who perceive themselves as unable to look after themselves. Age, schooling and self-perception of health status have been shown to be associated with significant differences in some of the dimensions of self-care capacity. Spiritual well-being, in its constituent dimensions Personal faith, Religious practice and Spiritual peace, explain 16% of self-care capacity. The influence of the dimensions of Spiritual Well-Being on self-perceived health, mediated by Self-Care Capacity, revealed that Spiritual Peace, acting positively on Self-Concept, Initiative and Responsibility and Activity for Self-Care, has a positive influence on self-perceived health. Personal faith and religious practice are drivers of the capacity for self-care, playing a fundamental role in elderly people who perceive themselves as incapable of looking after themselves. **Conclusions:** Spiritual well-being is a type of support capable of enhancing the capacity for self-care. As part of a holistic approach to care, nurses should promote the spiritual well-being of the elderly during health/illness processes. Implications of the study for nursing education and research were discussed.

**Keywords:** Self-care, Spirituality, Spiritual well-being, elderly



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	19
------------------	----

### PARTE I CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

<b>1 BEM-ESTAR ESPIRITUAL NA PESSOA IDOSA .....</b>	<b>27</b>
1.1 ESPIRITUALIDADE E BEM-ESTAR .....	30
1.1 ESPIRITUALIDADE E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO .....	36
<b>2 CUIDAR EM ENFERMAGEM .....</b>	<b>40</b>
2.1 CUIDAR ESPIRITUAL EM ENFERMAGEM.....	40
2.2 CUIDAR ESPIRITUAL: UM CONTRIBUTO A PARTIR DA TEORIA DE TORNAR-SE HUMANO.....	44
2.3 UMA VISÃO SOBRE O SUPORTE AO AUTOCUIDADO A PARTIR DA TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM.....	48

### PARTE II INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

<b>CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....</b>	<b>57</b>
<b>1 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS .....</b>	<b>57</b>
<b>2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>58</b>
2.1 TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA <i>EXERCISE OF SELF-CARE AGENCY</i> .....	59
2.1.1 População/Amostra.....	62
2.1.2 Tradução e Retroversão .....	64
2.1.3 Procedimentos de colheita de dados.....	66
2.1.4 Procedimentos formais e éticos.....	67
2.2 ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE BEM-ESTAR ESPIRITUAL E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO .....	67
2.2.1 População/Amostra.....	67
2.2.2 Instrumento de Recolha de Dados .....	71
2.2.3 Procedimentos de recolha de dados .....	77
2.2.4 Procedimentos formais e éticos.....	78
<b>3 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS.....</b>	<b>80</b>

<b>CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>83</b>
<b>1 VALIDAÇÃO DA <i>EXERCISE OF SELF-CARE AGENCY SCALE</i> - VERSÃO PORTUGUESA .....</b>	<b>83</b>
<b>2 BEM ESTAR ESPIRITUAL E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO .....</b>	<b>90</b>
2.1 INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DA AUTOPERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE COM O BEM-ESTAR ESPIRITUAL E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO .....	96

2.2	CONTRIBUTO DO BEM ESTAR ESPIRITUAL NA CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO: UM MODELO ESTRUTURAL PREDITIVO .....	117
2.3	INFLUÊNCIA DO MODELO NA AUTOPERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE .....	125
3	<b>EFEITO DE MODERAÇÃO DA AUTOPERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE NA RELAÇÃO ENTRE O BEM-ESTAR ESPIRITUAL E A CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO .....</b>	<b>130</b>

### **PARTE III**

#### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM .....	156
REFRÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	166

#### **ANEXOS**

ANEXO I – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS- 1ª ETAPA DO ESTUDO .....	190
ANEXO II - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DA ARSLVT .....	182
ANEXO III - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS - 2ª ETAPA DO ESTUDO .....	193

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 <i>Caraterização dos participantes segundo a idade (anos) e por grupos etários</i> .....	69
Tabela 2 <i>Caracterização dos participantes relativamente ao género</i> .....	69
Tabela 3 <i>Distribuição, percentagem e Qui-quadrado dos participantes por grupos etários</i> .....	70
Tabela 4 <i>Distribuição, percentagem e Qui-quadrado dos participantes por escolaridade</i> .....	70
Tabela 5 <i>Distribuição, percentagem e Qui-quadrado dos participantes por coabitação</i> .....	71
Tabela 6 <i>Estatística descritiva itens da SAS (versão 17 itens), comunalidades e correlação item total corrigida</i> .....	74
Tabela 7 <i>Matriz fatorial dos itens da escala SAS (versão 17 itens) e Correlação item total corrigida associada ao fator</i> .....	75
Tabela 8 <i>Matriz de intercorrelações Correlações entre escala SAS e seus fatores</i> .....	76
Tabela 9 <i>Estatística descritiva sumária de itens da ESCA (versão 29 itens) e comunalidades (h<sup>2</sup>)</i> .....	85
Tabela 10 <i>Matriz dos itens da escala ESCA (versão 29 itens) para solução quatro Fatores e respetivos pesos fatoriais</i> .....	86
Tabela 11 <i>Correlações de Spearman entre fatores e escala global (n=625)</i> .....	88
Tabela 12 <i>Estatísticas descritivas da ESCA (versão 29 itens) e respetivos fatores (N=625)</i> .....	89
Tabela 13 <i>Valores mínimo e máximo, pontuações médias, desvios-padrão, erros-padrão (EP) e coeficientes de assimetria (sk) e curtose (ku) das medidas em estudo</i> .....	92
Tabela 14 <i>Distribuição, percentagem e Qui-quadrado dos participantes por autoperceção do estado de saúde</i> .....	93
Tabela 15 <i>Matriz de intercorrelações entre as escalas Spiritual Assessment Scale, Exercise of Self-Care Agency e medida de autoperceção do estado de saúde</i> .....	95
Tabela 16 <i>Pontuações médias e desvios-padrão da Spiritual Assessment Scale e na Exercise of Self-Care Agency em função do género dos participantes: Testes univariados (F), magnitude do efeito experimental (<math>\eta_p^2</math>) e poder da investigação (1-<math>\beta</math>)</i> .....	98
Tabela 17 <i>Pontuações médias e desvios-padrão da Spiritual Assessment Scale e na Exercise of Self-Care Agency em função da escolaridade dos</i>	

	<i>participantes: Testes univariados (F), magnitude do efeito experimental (<math>\eta_p^2</math>) e poder da investigação (1-<math>\beta</math>)</i> .....	101
Tabela 18	<i>Coefficientes de correlação de Pearson entre a idade dos participantes e as medidas Spiritual Assessment Scale e Exercise of Self-Care Agency</i> .....	106
Tabela 19	<i>Pontuações médias e desvios-padrão da Spiritual Assessment Scale e na Exercise of Self-Care Agency em função da variável coabitação: Testes univariados (F), magnitude do efeito experimental (<math>\eta_p^2</math>) e poder da investigação (1-<math>\beta</math>)</i> .....	110
Tabela 20	<i>Pontuações médias e desvios-padrão da Spiritual Assessment Scale e na Exercise of Self-Care Agency em função da variável autoperceção do estado de saúde: Testes univariados (F), magnitude do efeito experimental (<math>\eta_p^2</math>) e poder da investigação (1-<math>\beta</math>)</i> .....	113
Tabela 21	<i>Coefficientes não standardizados (b), erros-padrão (EP), rácios-críticos (CR) e coeficientes de regressão standardizados (<math>\beta</math>): Modelo de regressão múltipla multivariada da Capacidade de Autocuidado estimada a partir do Bem-estar Espiritual</i> .....	123
Tabela 22	<i>Coefficientes não standardizados (b), erros-padrão (EP), rácios-críticos (CR) e coeficientes de regressão standardizados (<math>\beta</math>): Modelo de regressão múltipla multivariada da Capacidade de Autocuidado estimada a partir do Bem-estar Espiritual</i> .....	128
Tabela 23	<i>Análise do efeito de moderação do estado de saúde na relação entre a Fé pessoal e a capacidade de autocuidado</i> .....	130
Tabela 24	<i>Análise do efeito de moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Prática Religiosa e a capacidade de autocuidado</i> 132	
Tabela 25	<i>Análise do efeito de moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Paz espiritual e a capacidade de autocuidado</i> ....	134
Tabela 26	<i>Análise do efeito de moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Fé pessoal e a Iniciativa e responsabilidade</i> .....	136
Tabela 27	<i>Análise do efeito de moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Prática Religiosa e a Iniciativa e responsabilidade</i> .....	137
Tabela 28	<i>Análise do efeito de moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Paz espiritual e a Iniciativa e responsabilidade.</i> ..	138
Tabela 29	<i>Análise do efeito de moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Fé pessoal e o Autoconceito</i> .....	140
Tabela 30	<i>Análise do efeito de moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Prática Religiosa e o Autoconceito.</i> .....	141

Tabela 31 <i>Análise do efeito de moderação da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Paz espiritual e o Autoconceito</i> .....	142
Tabela 32 <i>Análise do efeito de moderação da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Fé pessoal e o Conhecimento e procura de informação</i> .....	143
Tabela 33 <i>Análise do efeito de moderação da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Prática Religiosa e o Conhecimento e procura de informação</i> .....	144
Tabela 34 <i>Análise do efeito de moderação da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Paz espiritual e o Conhecimento e procura de informação</i> .....	145
Tabela 35 <i>Análise do efeito de moderação da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Fé pessoal e a Passividade (invertida)</i> .....	147
Tabela 36 <i>Análise do efeito de moderação da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Prática Religiosa e a dimensão Passividade (invertida)</i> . ....	148
Tabela 37 <i>Análise do efeito de moderação da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Paz espiritual e a dimensão Passividade (invertida)</i> . ....	149



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - <i>Spiritual Assessment Scale</i> : Representação gráfica das pontuações médias em função da escolaridade dos participantes. ....	102
Figura 2 - <i>Exercise of Self-Care Agency</i> : Representação gráfica das pontuações médias em função da escolaridade dos participantes. ....	104
Figura 3 - <i>Spiritual Assessment Scale</i> : Representação gráfica das pontuações médias em função do tipo de coabitação dos participantes.....	110
Figura 4 - <i>Spiritual Assessment Scale</i> : Representação gráfica das pontuações médias em função da autoperceção do estado de saúde dos participantes. ....	114
Figura 5 - <i>Exercise of Self-Care Agency</i> : Representação gráfica das pontuações médias em função da autoperceção do estado de saúde dos participantes. ....	116
Figura 6 - Previsão da Capacidade de Autocuidado estimado através do Bem estar Espiritual: modelo estrutural estimado .....	119
Figura 7 - Modelo de regressão linear múltipla multivariada das dimensões da Capacidade de Autocuidado previstas a partir dos fatores do Bem-estar Espiritual .....	121
Figura 8 - Previsão da autoperceção de saúde (dependente vs. saudável) a partir do bem-estar espiritual, mediado pela Capacidade de Autocuidado: modelo estimado de regressão múltipla multivariada .....	127
Figura 9 - Efeito de Moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a fé pessoal e a capacidade de autocuidado.....	131
Figura 10 - Efeito de Moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Prática Religiosa e a capacidade de autocuidado .....	133
Figura 11 - Efeitos principais da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Paz Espiritual e a capacidade de autocuidado .....	135
Figura 12 - Efeito de Moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a fé pessoal e a Iniciativa e responsabilidade.....	136
Figura 13 - Efeito de Moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Prática Religiosa e a Iniciativa e responsabilidade .....	138
Figura 14 - Efeitos principais da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Paz Espiritual e a Iniciativa e responsabilidade .....	139
Figura 15 - Efeito de Moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a fé pessoal e o Autoconceito.....	140
Figura 16 - Efeito de Moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Prática Religiosa e o Autoconceito .....	141

Figura 17 - Efeitos principais da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Paz Espiritual e o Autoconceito .....	142
Figura 18 - Efeito principal <i>da autopercepção do estado de saúde</i> na relação entre a fé pessoal e o Conhecimento e procura de informação .....	144
Figura 19 - Efeito principal <i>da autopercepção do estado de saúde</i> na relação entre a Prática Religiosa e o Conhecimento e procura de informação .....	145
Figura 20 - Efeito principal <i>da autopercepção do estado de saúde</i> na relação entre a Paz Espiritual e o Conhecimento e procura de informação .....	146
Figura 21- Efeito principal da autopercepção do estado de saúde na relação entre a fé pessoal e a Passividade (invertida) .....	147
Figura 22 - Efeito principal da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Prática Religiosa e a dimensão Passividade (invertida) .....	148
Figura 23 - Efeito principal da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Paz Espiritual e a dimensão Passividade (invertida) .....	149

## INTRODUÇÃO

A perspetiva holística de cuidar, conduz a uma consciência crescente de uma abordagem que, como um todo articulado, integre as dimensões: física, psicológica, social e espiritual da pessoa. É a criação de um balanço harmonioso entre corpo, mente e espírito no sentido de alcançar a saúde integrando todas as dimensões da pessoa (Drury & Hunter, 2016).

O Bem-estar espiritual reflete a forma como as pessoas vivem harmoniosamente na relação consigo próprias, com os outros, com a natureza e com o transcendente. Para O'Brien (2014) o Bem-estar espiritual está relacionado com o bem-estar ou saúde dos recursos internos da pessoa, o último interesse em torno do qual todos os outros valores são focados, a filosofia central da vida que guia a conduta, o meio a partir do qual é dado sentido à vida humana, que influencia todo comportamento individual e social.

Associada a uma forma de estar no mundo no qual a pessoa sente uma sensação de conexão consigo própria, com os outros, com um Poder Superior ou com a natureza, a espiritualidade pode proporcionar uma sensação de paz, força interior, um sentido de vida, transcendência para além de si, da vida quotidiana e do sofrimento (Weathers et al., 2016).

A espiritualidade como parte integrante da natureza humana constitui-se como um recurso interno, passível de ser incrementado ao longo da vida, podendo constituir-se como uma fonte de energia positiva para enfrentar desafios da vida quotidiana, com destaque para comportamentos que visam tomar conta de si ao longo da vida, nos vários domínios da saúde.

De acordo com Villaverde Cabral e seus pares (2013), sentimentos de solidão, tristeza e depressão bem como uma propensão para a morbilidade média ou alta, aumentam significativamente com o decorrer da idade, pelo que a relevância que a procura de sentido de vida pode ter na compreensão que a pessoa tem de si e da capacidade para se envolver em ações de autocuidado é determinante em todas as etapas de vida, mas assume especial destaque nas pessoas idosas, um grupo com uma representatividade cada vez maior na população.

De acordo com o Eurostat (2021), o impacto do envelhecimento demográfico na União Europeia será provavelmente muito significativo nas próximas décadas,

registando-se uma transição marcada para uma estrutura populacional muito mais envelhecida, um desenvolvimento que já se observa em vários Estados Membros. A mesma fonte afirma que se prevê que a percentagem de pessoas com 80 anos de idade ou mais, na população da União Europeia, aumente duas vezes e meia até 2100, de 5,8 % (2019) para 14,6 % (2100).

Portugal é um dos Países Membros onde se observa um índice de envelhecimento, de 167%, sendo a percentagem de pessoas com mais de 65 anos a quarta mais alta da União Europeia (22,1%), acima da própria média europeia que se fixou em 20,6% (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

Acresce que esta é uma etapa de vida onde se registam múltiplas situações de crise decorrentes do declínio gradual do estado de saúde, situações de doença crónica, alterações das dinâmicas de trabalho, de vizinhança e/ou familiares, que podem conduzir a sentimentos de solidão, tristeza, depressão e menor envolvimento no autocuidado.

Por todas estas razões, a compreensão da espiritualidade na saúde e Bem-estar na população idosa tem-se revelado uma temática em crescimento em diferentes países. Os resultados são relatados como positivos no domínio do bem-estar (Forlenza & Vallada, 2018; Papadopoulos, 2020; Silva, 2012), em comportamentos de saúde (Zadworna-Cieslak, 2020), no envelhecimento positivo (Malone & Dadsweel, 2018) e na qualidade de vida (Ali, et al. 2015; Dias & Pais Ribeiro, 2018; Pilger, et al. 2021).

No entanto, a evidência científica não é unânime quanto ao papel da espiritualidade na capacidade da pessoa idosa se envolver em comportamentos de autocuidado, podendo esta funcionar como potenciadora ou inibidora da tomada de decisão e envolvimento em ações de autocuidado. Se por um lado, a espiritualidade influencia as condições e fatores internos da pessoa, tais como, a força, determinação, autoeficácia e autoconfiança para a autocuidado, por outro, pode resultar em menor responsabilização no autocuidado, se associado a algumas crenças religiosas.

Nesta perspetiva, a capacidade de o ser humano estar em constante mudança, ser coautor na sua forma única de viver e encontrar o sentido ontológico para a

vida, inscreve a saúde numa lógica de compromisso com as escolhas pessoais, resultantes da íntima relação com os outros e o universo (Parse, 2007; 2021).

Assim, o papel da espiritualidade na capacidade da pessoa idosa de se envolver em ações de autocuidado tem surgido associado a duas dimensões: a espiritualidade como um mecanismo de *coping* e a espiritualidade como influenciadora de comportamentos de autocuidado (Cunha & Sarroeira, 2014).

O autocuidado destaca-se de entre os comportamentos individuais em saúde como um processo contínuo de ações produzidas por, ou para pessoas, desde o nascimento até a morte, com vista a manter a saúde e bem-estar (Orem, 2001), sendo que as crenças espirituais influenciam significativamente os objetivos a alcançar, a responsabilidade individual pela tomada de decisões, o valor colocado no corpo humano e na vida humana, bem como, fornecem uma forma de encontrar sentido de vida, na saúde e na doença (White, 2010).

Constata-se que a compreensão do conceito de espiritualidade e Bem-estar espiritual e do seu contributo para a saúde da pessoa cuidada é fundamental no processo de cuidar. Ciente disto, a Ordem dos Enfermeiros, através dos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, menciona como elementos importantes da satisfação dos clientes, o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual, bem como, a maximização do seu bem-estar (Ordem do Enfermeiros, 2001).

A relevância da dimensão espiritual nos cuidados de enfermagem, também se encontra expressa no trabalho desenvolvido pelo *International Council of Nurses*, na CIPE® 2 versão 2019 (International Council of Nurses, 2019) que apresenta como diagnósticos e resultados positivos, esperança e disponibilidade para *status* espiritual efetivo, e como diagnósticos e resultados negativos: angústia espiritual, crença espiritual dificultadora, crença religiosa dificultadora e risco de sofrimento espiritual. Também a *Joint Commission on Accreditation for Healthcare Organization* (JCAHO) propõe linhas orientadoras para a avaliação das crenças espirituais da pessoa, evidenciando a importância do cuidado espiritual como um elemento essencial de cuidados de qualidade (JCAHO, 2022).

Desta reflexão surge a presente proposta de investigação que tem como finalidade identificar elementos de intervenção para a promoção do Bem-Estar

Espiritual em Pessoas Idosas que promovam a capacidade de autocuidado. Procura assim contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, investigando o papel da espiritualidade na capacidade da pessoa idosa se envolver em ações de autocuidado, numa perspetiva de intervenção em saúde que integre a dimensão do Bem-estar espiritual, estruturada nas seguintes questões de investigação:

- Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e a autoperceção do estado de saúde e o Bem-estar Espiritual?
- Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e a autoperceção do estado de saúde e a Capacidade de Autocuidado?
- Qual o contributo do Bem-estar Espiritual das pessoas idosas na Capacidade de Autocuidado?
- Qual a relação entre as dimensões do Bem-estar Espiritual e as dimensões da Capacidade de Autocuidado?

Com o intuito de resposta a estas questões, definimos como objetivos:

- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a autoperceção do estado de saúde e o Bem-Estar Espiritual,
- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a autoperceção do estado de saúde e a Capacidade de Autocuidado.
- Analisar a relação entre o Bem-Estar Espiritual e a Capacidade de Autocuidado em Pessoas Idosas.
- Compreender a relação entre as dimensões do Bem-estar Espiritual e as dimensões da Capacidade de Autocuidado em Pessoas Idosas

O documento que aqui se apresenta encontra-se estruturado em três partes. Na Partel denominada “Contextualização teórica” procuramos fazer um enquadramento conceptual da temática em estudo. A Parte II denominada “Investigação empírica” engloba dois capítulos. No primeiro capítulo apresentam-se aa opções metodológicas seguidas na primeira etapa do estudo, referente à tradução, adaptação cultural e validação da *Exercise of self-care agency* para a versão Portuguesa e, para a segunda etapa do estudo, relativa ao estudo da relação entre o Bem-estar espiritual e a capacidade de autocuidado em pessoas

idosas. No segundo capítulo procede-se à apresentação, análise e discussão dos resultados. Os resultados são discutidos à luz do enquadramento conceptual, numa perspetiva compreensiva face aos objetivos do estudo. Na Parte III apresentam-se as conclusões e implicações do estudo para a enfermagem, assim como, sugestões para novas pesquisas.



**PARTE I**  
**CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA**



## 1 BEM-ESTAR ESPIRITUAL NA PESSOA IDOSA

Uma das primeiras definições de Bem-estar espiritual data de 1975, pela *National Interfaith Coalition on Aging (NICA)* definindo-o como “*the affirmation of life in a relationship with God, self, community, and environment that nurtures and celebrates wholeness*” (Gouveia et al., 2009; Moberg, 2002).

Em 1999, Fisher afirma que, o Bem-estar espiritual reflete a forma como as pessoas vivem harmoniosamente em relação consigo próprias (pessoal), com os outros (comunitária), com a natureza (ambiental) e com Deus (transcendental).

Em 2003, Gomez e Fisher, explanando características do conceito, conceberam o Bem-estar espiritual como modo de estar refletindo sentimentos positivos, comportamentos e cognições de relacionamentos consigo próprio, com os outros, com o transcendente e com a natureza, que por sua vez fornecem ao indivíduo um sentido de identidade, totalidade, satisfação, alegria, contentamento, beleza, amor, respeito, atitudes positivas, paz interior, harmonia, propósito e sentido de vida (Gomez & Fisher, 2003). Reforçando esta perspectiva, Rudolfsson et al. (2014) referem que o Bem-estar espiritual geralmente implica um estado de plenitude consigo próprio, um poder superior, a natureza e/ou os outros.

Assim, o Bem-Estar Espiritual é consensualmente assumido como um estado dinâmico que reflete a qualidade das interações que a pessoa estabelece consigo própria, com os outros e com uma dimensão transcendental, sendo ainda referida a dimensão da conexão com o ambiente, apenas por alguns autores. Gouveia et al. (2009) acrescentam que o Bem-estar espiritual resulta da percepção da importância da dimensão espiritualidade no bem-estar da pessoa.

O bem-estar constitui-se também como resultado específico no domínio da saúde percebida (Moorhead et al., 2016), sendo considerado pela *Nursing Outcomes Classification*, como a satisfação que um indivíduo manifesta com o seu estado de saúde, um termo apresentado 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 e não meramente a ausência de doença ou de enfermidade (ICN, 2019).

Também O'Brien, explanando o que denominou de modelo conceptual de Bem-estar espiritual na doença, identifica o conceito de Bem-estar espiritual que emergiu

do trabalho de David Moberg em 1979, como estando relacionado com o bem-estar ou saúde dos recursos internos das pessoas, o último interesse em torno das quais todos os outros valores são focados, a filosofia central da vida que guia a conduta, o meio a partir do qual é dado sentido à vida humana, que influencia todo comportamento individual e social (O' Brien, 2014).

Na *Nursing Outcomes Classification*, o Bem-estar espiritual é considerado como: expressões pessoais de conexão consigo mesmo, com os outros, com um poder superior, com a totalidade da vida, com a natureza e com o universo, que transcende e fortalece a própria pessoa (Moorhead et al., 2016).

Esta perspectiva destaca a relevância de se equacionar a saúde como um bem a ser fomentado ao longo da vida, de acordo com as características inerentes a cada uma das suas etapas, algumas das quais integram eventos que podem ser críticos. Neste sentido, o envelhecimento, como um processo com diferentes significados que variam de pessoa para pessoa, assume relevância nesta problemática, sobretudo em sociedades mais envelhecidas.

Em resultado desta realidade, este conceito tem sido analisado na pessoa idosa em diferentes contextos. Estudos realizados na população chinesa concluem que o Bem-estar espiritual na pessoa idosa integra dimensões associadas ao significado e propósito, a transcendência, a conexão consigo próprio, como os outros, o mundo e um poder superior (Lou, 2015; Neves, et al. 2018). Para os autores, o significado e propósito englobam sentimentos como a paz e a esperança; a transcendência envolve a sensação de bem-estar transtemporal e transespacial; a conexão envolve a sensação de integridade com significado, propósito e esperança. Para as pessoas idosas australianas o bem-estar espiritual completa ainda um sentimento de satisfação com a forma como se viveu a vida (Shaw, et al. 2016).

Recentemente, uma análise do conceito de bem-estar espiritual na pessoa idosa, identificou cinco atributos do conceito: *personal faith, religious practices, spiritual contentment, productive engagement, and healthy interpersonal relationship* (Jones, 2020).

Na pessoa idosa, apenas alguns estudos exploram o efeito da idade (Fadila & Elhammed, 2019; Velasco-Gonzalez & Rioux, 2014; Zimmer et al, 2016) e do

género (Fernandes et al, 2020; Neves, et al. 2018) no Bem-estar espiritual, pelo que uma compreensão alargada destes aspetos são necessários.

Em Portugal, apesar da percentagem de pessoas com mais de 65 anos ser a quarta mais alta da UE, com uma clara tendência de crescimento nos últimos 10 anos (INE, 2021), esta é uma temática ainda pouco investigada em pessoas idosas.

Face a esta realidade, comum a outras na Europa, as estratégias a implementar carecem de adequação à vivência da(s) pessoa(s) idosa(s), mobilizando o seu potencial individual e social. Olhando o processo de envelhecimento individual, sem deixar de o equacionar como um processo heterogéneo, deparamo-nos com uma etapa da vida, ainda que dinâmica, de grande vulnerabilidade.

Para além da senescência, a pessoa idosa pode vivenciar situações de doença crónica, que conduzem a perda de capacidades de autocuidado, sentimentos de ansiedade, depressão e preocupações financeiras. Nesta etapa da vida, as pessoas idosas são confrontados com maior frequência com situações de luto pela perda familiares e amigos, experienciam situações de isolamento social que podem decorrer da alteração laboral, da perda dos que lhe são próximos, das situações de dependência e das mudanças das dinâmicas de vizinhança que ocorrem nas suas comunidades (Faria et al, 2020; Paço, 2016).

Neste sentido, as estratégias propostas para implementar face ao envelhecimento populacional, devem focar a sua atenção em fatores modificáveis que podem contribuir para a saúde. Nesta linha de intervenção, a religiosidade e a espiritualidade estão entre estes fatores, de acordo com Zimmer et al. (2016). Reforçando esta perspetiva Malone e Dadsweel (2018) afirmam que a religião, espiritualidade e/ou crenças devem ser vistos como um tipo de apoio (entre múltiplos) que ajudam as pessoas idosas a viver um envelhecimento positivo, apesar dos muitos desafios do envelhecimento. Segundo Esperandio et al, (2019) para a pessoa idosa a espiritualidade/religiosidade apresentam-se como um importante recurso para lidar com os desafios que surgem nesta fase de vida, tais como o declínio das condições de saúde, mudanças do *status* económico, isolamento social ou perda de pessoas significativas.

Neste cenário, tal como Ribeiro e seus pares (2017), entendemos que a compreensão do papel da espiritualidade na vida das pessoas idosas torna-se

necessário, pois pode ser um suporte importante para lidar com as adversidades, decorrente dos múltiplos desafios inerentes ao avanço da idade. Abordar esta temática carece, em nosso entender, de clarificar termos que lhe estão associados, nomeadamente, o conceito de espiritualidade, estrutural nesta discussão.

## 1.1 ESPIRITUALIDADE E BEM-ESTAR

O termo espiritualidade tem sido utilizado em diferentes áreas disciplinares, nomeadamente na Medicina, Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Teologia e Pedagogia, revelando o interesse e pertinência do tema para diferentes áreas disciplinares, nomeadamente no domínio da saúde.

Na literatura têm existido algumas dificuldades em destringir os conceitos de espiritualidade e religiosidade utilizados, ou até a que junto da comunidade científica se alcancem consensos no conceito de espiritualidade a utilizar. Estes constrangimentos decorrem da multidimensionalidade do conceito e da singularidade da espiritualidade para cada pessoa (Clarke, 2009; Reinert & Koenig, 2013; Werther et al, 2016). Para além destes aspetos enunciados, Jacobs (2013) apresentando uma visão histórica do desenvolvimento da espiritualidade no contexto ocidental, afirma existir uma grande diferença entre os conceitos originais de espiritualidade, que eram amplamente baseados numa visão religiosa, e as novas perceções contemporâneas do conceito que integram a perspetiva de pós-modernidade.

Analisando os conceitos de religião, religiosidade e espiritualidade, Lucchetti et al. (2011) referem que, a religião é o sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos designados para facilitar o acesso ao sagrado, ao transcendente, e a religiosidade é o quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião. A religião pode ser organizacional (participação na igreja ou templo religioso) ou não-organizacional (rezar, ler livros, assistir programas religiosos na televisão).

Assim a religiosidade, envolve sistemas de culto e de doutrina compartilhada dentro de um grupo, podendo ter duas orientações, a intrínseca e a extrínseca. Na religiosidade intrínseca, a pessoa internaliza as suas crenças de tal modo que a religião (força maior) faz parte integrante da sua vida diária, já na religiosidade

extrínseca, a pessoa utiliza a religião como forma de atingir os seus próprios fins, como encontrar segurança, *status* social, consolo e interação social (Margaça & Rodrigues, 2021). Na perspetiva de Krause e Hayward (2016) pertencer a um grupo religioso envolve interagir com uma comunidade que compartilha o mesmo sistema de crenças proporcionando um sentimento de consenso que serve para reforçar a certeza nesse sistema de crenças.

Já a espiritualidade é entendida como uma procura pessoal para entender questões relacionadas à vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente que podem ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas. Reafirmando esta perspetiva, Tanyi (2002) afirma que, a espiritualidade não se prende a religiões, doutrinas ou culturas; é uma procura pessoal de significado e propósito de vida, podendo ou não estar relacionada com a religião. A religiosidade envolve um sistema de culto e doutrina que é compartilhado por um grupo, e, portanto, tem características comportamentais, sociais, doutrinárias e valorais específicas.

A raiz etimológica do termo espiritualidade deriva da palavra latina *spiritus* ou *spirituali*, que significa sopro, respiração, ar ou vento, e nela se reflete a procura de significados, de conceitos que transcendem o visível, num sentido de conexão com algo maior que si próprio, incluindo ou não a participação religiosa (Silva & Silva 2014, Victor & Treschuk, 2020). É descrita como a essência vital da vida que muitas vezes permite transcender as circunstâncias e encontrar um novo significado e objetivo, e isso pode alimentar a esperança (Speck, 2005). Assim, apesar de a espiritualidade surgir algumas vezes associada à religiosidade, os seus conceitos não são sinónimos. A espiritualidade é parte integrante da natureza humana, pode incluir a dimensão religiosa, mas não se circunscreve a ela, sendo identificada por Tavares et al. (2022) como uma dimensão mais ampla do que as crenças ou filiação religiosa.

Para além da necessidade de diferenciação destes dois conceitos, tem surgido uma nova reflexão sobre a separação intencional dos mesmos que procura dar visibilidade à dimensão espiritual de ateus, agnósticos, humanistas e hedonistas. A este respeito McSherry e Cash (2004) e Paley (2008), afirmam que historicamente o significado da palavra era baseado em ideais religiosos e teísta, mas atualmente há um movimento consciente para formar uma definição de espiritualidade baseada

em elementos seculares humanistas e existenciais, rejeitando por vezes as perspectivas culturais e religiosas enraizadas.

O debate gerado em torno do conceito de espiritualidade procura integrar na discussão, a reflexão produzida por diferentes áreas disciplinares e contextos multiculturais, mas também que, a concetualização desenvolvida possa ser passível de colocar em prática na área da saúde. Para Clarke (2009), discutir a espiritualidade procurando uma separação intencional da religião e teologia pode resultar num tipo de cuidar espiritual que é indistinguível da atenção psicossocial, difícil de explicar à pessoa e de colocar em prática.

A concetualização de espiritualidade e religião adequada para a prática clínica implica, segundo Pesut et al. (2008), fundamentá-la na riqueza de séculos de pensamento filosófico e teológico, garantindo que representem as diversas sociedades que a enfermagem atende e ancorando-os dentro de uma visão moral da prática.

O conceito de espiritualidade utilizado na literatura em enfermagem tem sido criticado por falta de clareza conceptual, utilização de definições amplas e genéricas (Clarke, 2009; McSherry & Cash 2004; Paley, 2008; Reinert & Koenig, 2013). Face a estas críticas, procurou-se uma clarificação do conceito de espiritualidade com o objetivo de desocultar a sua aplicação na área da saúde (Cunha, 2021) cujos principais achados se explanam.

Utilizando o quadro de referência de Walker e Avant (1995), Tanyi (2002) analisou 19 livros que incluíam uma definição de espiritualidade, bem como 76 artigos académicos e estudos empíricos que exploraram o significado da espiritualidade. A espiritualidade é definida como “uma procura de significado e propósito de vida, que pode ou não estar relacionada com a religião. Implica conexão com as escolhas pessoais e/ou crenças religiosas, valores e práticas que dão sentido à vida, assim, inspira e motiva a pessoa para atingir um ideal. Esta conexão traz fé, esperança, paz e capacitação. Os resultados são alegria, perdão de si e dos outros, consciência e aceitação do sofrimento e mortalidade, um aumento da sensação de bem-estar físico e emocional, bem como a capacidade de transcender para além da existência” (Tanyi, 2002: 506).

Desenvolvendo uma análise do conceito de espiritualidade mobilizando o método de Chinn e Kramer (2004), Buck (2006) realizou uma pesquisa referente a estudos empíricos em enfermagem sobre a espiritualidade<sup>1</sup>, sendo analisados 14 artigos, com publicações compreendidas entre 1998 e 2005. Os resultados da revisão foram incorporados no *Model of Integrated Spirituality* que engloba três estruturas: Conexão intrapessoal, Conexão interpessoal e Conexão transpessoal. É ainda apresentado uma definição conceitual da espiritualidade, sendo esta definida como “a mais humana das experiências na qual se procura autotranscender e encontrar significado e propósito através da conexão com outros, e/ou Ser Superior que pode ou não incluir estruturas ou tradições religiosas” (Buck, 2006: 288).

Rykkje et al. (2011) desenvolveram uma metasíntese e desenvolvimento do conhecimento considerando a perspectiva Hermenêutica conceptualizada por Gadamer (2004), na qual procuraram compreender o conceito de espiritualidade a partir da ciência do cuidar. Foram analisados 17 estudos qualitativos<sup>2</sup>, publicados entre 2000 e 2010. Os autores não apresentam um conceito de espiritualidade, contudo apresentam as dimensões da espiritualidade e sua inter-relação. A espiritualidade é vista como um processo hermenêutico de compreensão de si mesmo e da vida vivida, movendo-se entre encontrar significado nos acontecimentos da vida e na vida como um todo. “*Love in Connectedness*” surgiu como uma categoria central ontológica e unificadora, sobre a presença do transcendente ou amor universal, que é visto como uma força e um potencial recurso de saúde. O amor por si mesmo surge como um pré-requisito na conexão. Receber e dar amor é referenciado em todas as categorias. A categoria “*Connectedness with Inner Space*” está no centro da espiritualidade, e diz respeito à compreensão que cada um tem de si mesmo e do sentido da vida. Esta categoria encontra-se em interação com as outras categorias: “*Connectedness with a Higher Power*”, “*Connectedness with Nature*”, “*Connectedness with Others*” e “*Connectedness with Community*”.

---

<sup>1</sup> Pesquisa realizada nas bases de dados CINAHL e MEDLINE. Sem referência ao friso cronológico analisado

<sup>2</sup> Pesquisa realizada nas bases de dados ISI *Web of Science*, CINAHL, *Academic Search Premier* e *Ovid Nursing Database*,

O conceito identificado mais recentemente, refere-se ao trabalho desenvolvido por Weathers et al. (2016), no qual foi utilizada a abordagem proposta por Rodgers (1989; 2000). Analisados 47 artigos académicos e empíricos<sup>3</sup>, publicados entre 2002 e 2013. No conceito proposto pelos autores, a espiritualidade é entendida como “uma forma de estar no mundo no qual a pessoa sente uma sensação de conexão consigo próprio, os outros e/ou um poder Superior ou a natureza; um sentido na vida; transcendência para além de si, da vida quotidiana e sofrimento” (Weathers et al., 2016:15).

Sintetizando, todas as definições apresentadas fazem referência à dimensão transcendental da espiritualidade, à necessidade de encontrar sentido de vida, à conexão consigo, com os outros, podendo ou não existir conexão com um poder superior (Buck, 2006; Domocmat, 2014; Tanyi, 2002; Weathers et al., 2016). A conexão com a natureza, surge ainda como outra das dimensões da espiritualidade (Buck, 2006; Domocmat, 2014; Weathers et al., 2016).

Como consequente do conceito foram identificados a auto-transcendência e a esperança (McBrien, 2006; Tanyi, 2002; Weathers et al., 2016), uma sensação de paz, força interior, amor, alegria, significado e propósito na vida, e um impacto positivo no bem-estar espiritual, psicológico e físico (Domocmat, 2014; Tanyi, 2002), o alívio do sofrimento, motivação, empoderamento, compaixão, sentimento de pertença e segurança Weathers et al. (2016). Mas a descrição dos consequentes nem sempre tem um potencial positivo, surgindo referência a sentimentos de culpa, conflito de crenças e valores (Tanyi, 2002; McBrien, 2006), pelo que a avaliação do bem-estar espiritual se constitui como determinante na avaliação das necessidades da pessoa no contexto de cuidados.

A compreensão da dimensão da espiritualidade na saúde e bem-estar surge como uma preocupação transversal a diferentes países e populações, abrangendo perspetivas mais globais do fenómeno integrando diferentes países (Zimmer et al., 2016), enquanto noutros surge mais circunscrito a determinadas sociedades (Bodagai et al., 2020; Litalien et al., 2021; Weathers, 2018). Um olhar sobre os resultados, revela que a espiritualidade e/ou religiosidade tem sido investigada na

---

<sup>3</sup> Pesquisa nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, PsychInfo, and SocIndex, Estratégia que procurou incluir várias áreas disciplinares (Enfermagem, Medicina, Teologia, Sociologia e Serviço Social).

relação com os resultados, na saúde física<sup>4</sup> (Koenig, 2012, Domocmat, 2014), na saúde mental<sup>5</sup> (Bonelli & Koenig, 2013; Melo, 2015; Koenig, 2012); no bem-estar (Forlenza & Vallada, 2018; Roldão, 2014; Silva, 2012); e na qualidade de vida (Bai & Lazenby, 2015; Panzini et al, 2017; Pereira, 2012; Pilger et al. 2021), evidenciado na sua globalmente resultados positivos.

O'Brien (2014), dá destaque à investigação realizada com o intuito de avaliação das necessidades espirituais de pessoas que vivenciam diferentes situações (como em fim de vida, na doença aguda, peri-operatório e cuidados críticos), bem como, em diferentes populações (pessoas idosas, crianças e membros da família).

O impacto da espiritualidade na saúde e bem-estar da pessoa idosa, tem-se revelado uma temática em crescimento. Através de uma revisão da literatura sobre o bem-estar na pessoa idosa e o papel desempenhado pela espiritualidade e religiosidade, Papadopoulos (2020) analisou publicações de diferentes países, com predominância dos Estados Unidos e Europa. Nas publicações que abordam a dimensão da religião, esta foi identificada como podendo influenciar o bem-estar da pessoa idosa ao desempenhar um contributo na promoção de um significado e sentido de vida e/ou desenvolvimento de fortes laços sociais.

Reis e Menezes (2017) num estudo desenvolvido no Brasil, evidenciam que espiritualidade e religiosidade constituem-se como uma importante estratégia de resiliência, mostrando que por meio destas é possível a pessoa idosa alcançar o bem-estar e lidar com os problemas de saúde e sociais. Deus ocupa uma posição central na vida destes pessoas, e a leitura da bíblia e a oração são estratégias de resiliência utilizadas para enfrentamento de situações desfavoráveis, recuperação e/ou manutenção de saúde, proteção pessoal e familiar e, sobretudo, a vivência de um envelhecimento satisfatório.

Explorando também o papel da espiritualidade e satisfação com a vida e comportamentos de saúde, junto de pessoas idosas institucionalizados, Zadworna-Cieslak (2020) denotam que, a satisfação com a vida exerce um papel mediador na relação entre espiritualidade e comportamento de saúde. Assim a espiritualidade

---

<sup>4</sup> Nomeadamente no que se refere à atividade física, tabagismo, dieta e práticas sexuais, mas também, em situações de Doença crónica, Doença Cardíaca, Cerebrovascular, Alzheimer, Demência, Hipertensão e funções imunológicas.

<sup>5</sup> Nomeadamente no que se refere à felicidade, esperança, otimismo, gratidão, depressão, suicídio, ansiedade, psicose, abuso de drogas, delinquência, instabilidade conjugal, traços de personalidade.

aumentou a satisfação com a vida, o que, por sua vez, levou a um maior nível de comportamento de saúde. Resultados diferentes são enunciados por Bodagai et al. (2020) que descrevem a existência de uma correlação muito baixa entre religiosidade (avaliada pela frequência à igreja, práticas de oração e importância de Deus) e a satisfação com a vida em pessoas idosas da Europa central e Oriental.

Analisando a importância que a religião, a espiritualidade e/ou as crenças têm no quotidiano de pessoas idosas em Inglaterra, Malone e Dadsweel (2018) destacam que apesar da natureza mutável da religião; a natureza pessoal e interpretação dada à religião, espiritualidade e/ou crenças, estas constituem-se como fonte de força, conforto e esperança em momentos de necessidade, criando um sentimento de comunidade e pertença, promovendo um envelhecimento positivo. Para os participantes de estudo de Thauvoye et al. (2018) a espiritualidade vivenciada através conexão com o transcendente e da conexão com os outros surge como preditor de Bem-estar psicológico, mas não se evidenciam os mesmos resultados na dimensão da conexão com a natureza.

## 1.1 ESPIRITUALIDADE E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO

Considerando o impacto que foi enunciado sobre o papel da espiritualidade no bem-estar e saúde da pessoa idosa, assim como a relevância da espiritualidade no cuidar holístico em enfermagem conduziu-nos a uma revisão da literatura, na qual se procurou compreender o papel da espiritualidade na gestão do autocuidado na pessoa idosa (Cunha & Sarroeira, 2014). Os resultados que emergiram deste estudo e de pesquisas posteriores, revelaram que o estudo da temática recaiu sobre o papel da espiritualidade na autogestão da doença crónica (Bhattacharya, 2013; Casarez et al., 2010; Duke & Wigley, 2016; Gupta & Anandarajah, 2014; Harvey, 2006, 2008; Harvey & Silverman, 2007; Pham et al., 2020); na capacidade para realizar atividades de autocuidado (Callaghan, 2006; Mohammadi et al., 2017; Upchurch & Mueller, 2005); em comportamentos de procura de cuidados de saúde (Figuerola et al., 2006); como estratégia de *coping* (Chatrung et al. 2015, Goudarzian et al., 2019; Tarakeshwar et al, 2006) ou ainda, na identificação da relação entre fatores condicionantes básicos [entre os quais a religião] em comportamentos saudáveis e autocuidado (Callaghan, 2005). A diversidade de métodos,

características da população idosa estudada, objetivos dos estudos, assim como de conceitos de espiritualidade mobilizados, que em alguns casos não tornaram explícito se os próprios participantes faziam a distinção entre os conceitos espiritualidade e religião, leva-nos a destacar apenas aspetos centrais dos resultados evidenciados.

Assim, o papel da espiritualidade na gestão do autocuidado na pessoa idosa surge associado a duas dimensões: a espiritualidade como um mecanismo de *coping* e a espiritualidade como influenciadora de comportamentos de autocuidado.

O *coping* é apresentado como um conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais utilizadas pela pessoa com objetivo de lidar com situações stressantes (Lazarus, 1993). Relativamente à espiritualidade como mecanismo de *coping*, um dos termos que emerge na literatura refere-se ao *coping* religioso-espiritual que é definido por Peres e Lucchetti (2010) como o uso de crenças e comportamentos religiosos para facilitar a resolução de problemas e prevenir ou aliviar as consequências emocionais negativas de circunstâncias stressantes da vida.

Assim, na dimensão da espiritualidade como um mecanismo de *coping*, foi possível identificar que, para lidar com os aspetos emocionais desencadeados pelas necessidades impostas à gestão do autocuidado em situações de doença crónica, as pessoas desenvolveram mecanismos de *coping* centrados na dimensão espiritual, a qual surge como fonte de conforto (Harvey 2006, 2008; Figueroa, et al., 2006), esperança (Gapta & Anandarajah, 2014), e paz (Figueroa, et al., 2006).

Como estratégias de *coping* utilizadas surgem: desviar a atenção da sua situação de doença para comportamentos que visam a consecução dos objetivos de vida (Harvey 2006, 2008), transformação dos objetivos de vida e aceitação da mortalidade (Tarakeshwar et. al, 2006). O desenvolvimento de práticas espirituais foi identificado como estratégia que permite aliviar potenciais *stressores* fisiológicos e psicológicos, tais como dor e a impotência/desamparo (Tarakeshwar, et al., 2006; Harvey e Silverman, 2007). De entre as práticas espirituais enunciadas, a oração foi identificada como uma forma de procurar refúgio do *stress* e lutas do dia-a-dia (Bhattacharya, 2013).

No que diz respeito à dimensão da espiritualidade como influenciadora de comportamentos de autocuidado surgem duas perspectivas divergentes: como suporte e incentivo à tomada de decisão e ações de autocuidado; como inibidora da tomada de decisão e envolvimento em ações de autocuidado (Cunha & Sarroeira, 2014).

Identificando uma correlação positiva entre espiritualidade, resiliência e nível de autogestão da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) na pessoa idosa, Chen et al. (2021) afirmam que, a espiritualidade influencia indiretamente o nível de autogestão por meio da resiliência. Analisando as estratégias de gestão de autocuidado utilizadas por mulheres de raça negra que relatam adesão consistente à medicação anti-hipertensiva, Abel et al. (2017) identificaram, entre outros aspectos, que as crenças espirituais/religiosas aumentam a determinação da pessoa para cuidar de si, assim como a motivação para a adesão à medicação.

Analisando a dimensão religiosa e os comportamentos de autocuidado para a promoção de saúde, autoeficácia e ação deliberada de autocuidado em pessoas idosa, Callaghan (2005) afirma que, as pessoas que relataram praticar uma religião, habitualmente também relataram a prática de comportamentos mais saudáveis, apresentaram crenças de autoeficácia mais elevadas e maior capacidade de autocuidado. Noutro estudo desenvolvido por Callaghan (2006), as pessoas idosas que relataram prática frequentes de comportamentos de *spiritual growth*, também relataram ter autoconceitos positivos, tomam a iniciativa e responsabilidade no autocuidado. O bem-estar religioso é identificado por Mohammadi et al. (2017) como variável preditora da capacidade de autocuidado em pessoas idosas.

No que diz respeito à prática religiosa, Casarez et al. (2010) referem que, a oração reforçou as qualidades interiores da pessoa tais como: força, determinação e autoconfiança para a autogestão, mantém a pessoa focada e disciplinada para cuidar de si. Para os participantes deste estudo, a participação nos cultos religiosos e a convivência entre os membros de uma religião possibilitam: aprender que Deus fomenta a importância de cuidar de si mesmos; dar testemunho entre os membros da comunidade sobre como cuidar da sua condição de saúde assim como, diminuir o isolamento provocado pela doença. Contudo, esta ideia não é corroborada pelos participantes do estudo de Bhattacharya (2013) para os quais, a igreja não deve ter

qualquer papel a desempenhar na gestão da doença, circunscrevendo-se como um local que deve ser dedicado ao culto.

A espiritualidade como inibidor da tomada de decisão e envolvimento em ações de autocuidado, surge associada à crença de que as práticas espirituais e a fé em Deus podem conduzir a cura, não sendo necessário o envolvimento da pessoa nas práticas de autocuidado (Bhattacharya, 2013; Casarez et al., 2010).

Os resultados encontrados não são unânimes quanto ao seu papel da espiritualidade na capacidade da pessoa adulta e idosa se envolver em ações de autocuidado. Se por um lado, a espiritualidade influencia as condições e fatores internos da pessoa, tais como a força, determinação, autoeficácia e autoconfiança para a autocuidado; por outro, podem resultar em menor responsabilização no autocuidado, se associado a algumas crenças religiosas.

Corroborando esta síntese, os estudos analisados sugerem aprofundar o conhecimento sobre o papel da espiritualidade na autogestão da doença crônica (Duke & Wigley, 2016; Casarez, et al., 2010; Harvey, 2007, 2008), e da espiritualidade como intervenção terapêutica (Callaghan, 2006). Relativamente à população estudada, Callaghan (2005, 2006) reitera a pertinência da inclusão de pessoas idosas na população a estudar.

Neste sentido, importa explorar de que forma o cuidar em enfermagem pode promover o bem-estar espiritual em pessoas idosas, que promovam a capacidade de autocuidado.

## 2 CUIDAR EM ENFERMAGEM

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Dando destaque aos saberes dos enfermeiros, advindo de Teorias de enfermagem e evidência científica produzida, exploram-se neste capítulo aspetos relacionados com o cuidar espiritual em enfermagem e o contributo deste na capacidade de autocuidado e bem-estar da pessoa.

### 2.1 CUIDAR ESPIRITUAL EM ENFERMAGEM

Apreciando a forma como espiritualidade tem vindo a ser entendida no cuidar de enfermagem, verificamos que esta esteve inicialmente ligada de forma dominante à religião. Numa análise da literatura a partir de 1950 até à primeira década do século XXI, relativa à profissão de enfermagem e às atitudes para o bem-estar religioso e espiritual dos doentes, Blasdell (2015) menciona que, entre 1950 e 1960 era dado particular relevo à religiosidade de doentes Católicos Romanos e mais tarde de Protestantes e Judeus. Contudo, não havia preocupação com a dimensão espiritual de doentes que não professavam crenças religiosas. A religiosidade e espiritualidade eram entendidas como conceitos equiparados e, segundo o autor, o papel do enfermeiro era proporcionar uma intervenção centrada na religiosidade e fé do paciente, bem como, cuidar dos aspetos físicos de modo a facilitar a cura.

O trabalho desenvolvido por Simsen, em 1976, é realçado como precursor da mudança da religiosidade para a espiritualidade, quando este desenvolve um instrumento para os enfermeiros avaliarem as necessidades espirituais e assume: *“Our plea is that we break the fetters of tradition of the religious concept and try to discover the true ... spirituality of man”* (Blasdell, 2015: 758).

Durante os anos de 1980 e início de 1990, o foco da literatura em enfermagem já não se centrava nos aspetos religiosos da espiritualidade da pessoa, mas sim no contributo da espiritualidade na qualidade de vida e no bem-estar. A espiritualidade passou a ser entendida como conceito mais amplo que a religião, envolvendo uma procura pessoal de significado e propósito de vida, uma conexão consigo próprio, os outros, a natureza e Deus ou força superior (Blasdell, 2015). Em 1989, Stoll

refere que a “Espiritualidade envolve uma dimensão vertical, isto é, o relacionamento entre a pessoa e Deus, o transcendente, os valores supremos e uma dimensão horizontal, isto é, que reflete e exterioriza a experiência suprema da nossa relação com Deus através das crenças, valores, estilo de vida, qualidade de vida, e interações conosco próprios, com os outros e com a natureza” (Mendes, 2005: 160).

No final do século XX e primeira década do século XXI, regista-se um crescimento da literatura relativa à espiritualidade que inclui focos tais como: significado da espiritualidade, cuidado espiritual, angústia espiritual e coping espiritual (Blasdel, 2015). A relevância da dimensão espiritual nos cuidados de enfermagem, encontra-se expressa na identificação e operacionalização de diagnósticos definidos pela *North American Nursing Diagnosis Association* de disposição para o aumento do bem-estar espiritual, angústia espiritual, risco de angústia espiritual, disposição para aumento da religiosidade e religiosidade prejudicada (Herdman & Kamitsuru, 2014). Também o trabalho desenvolvido pela *International Council of Nurses*, que na CIPE® 2 versão 2019, apresenta diagnósticos e resultados negativos: angústia espiritual, crença espiritual dificultadora, crença religiosa dificultadora e risco de sofrimento espiritual, e como diagnósticos e resultados positivos esperança e disponibilidade para *status* espiritual efetivo (International Council of Nurses, 2019).

Para além da relevância da avaliação das necessidades espirituais da pessoa, regista-se uma preocupação crescente em compreender o modo como os enfermeiros entendem a espiritualidade e o cuidar espiritual (Cooper et al., 2020; Meehan, 2012; Reig-Ferrer et al., 2019) e a pertinência da inclusão da espiritualidade na educação em enfermagem (Barss, 2020; Conceição, 2014; Lewinson et al., 2015; Timmins et al., 2015).

O cuidado espiritual, como parte integrante do cuidar em enfermagem, requer conhecimentos e saberes (ser e estar) que conduzam à avaliação das necessidades espirituais da pessoa, diagnóstico e implementação de intervenções terapêuticas de acordo com as necessidades espirituais identificadas e reavaliação sistemática dos resultados alcançados.

No sentido de clarificar o conceito de cuidar espiritual em enfermagem, Ramezani et al. (2014) identificaram como atributos do conceito: 1) *the exploration of spiritual perspective*, 2) *healing presence*, 3) *the therapeutic use of self*, 4) *intuitive sense*, 5) *patient-centeredness*, 6) *meaning-centered therapeutic interventions*, 7) *the creation of a spiritually nurturing environment*, que surgem a partir de interações entre o enfermeiro e a pessoa durante o processo de cuidar. Caracterizando o cuidar espiritual em enfermagem, Ghorbani et al. (2021) identificaram, através de uma revisão integrativa da literatura, as mesmas categorias de intervenção enunciadas nos atributos do cuidar espiritual identificado por Romezami et al, (2014), contudo integram outra categoria de intervenção relacionada com a *documentation and evaluation of spiritual care*.

Para Caldeira e Timmins (2017) o cuidado espiritual está relacionado com o significado e valor da vida. Apresentando diferentes componentes do cuidado espiritual usando a sigla ABCDE (*Assessment, Being, Collaboration, Diagnosis, Ethics*), as autoras apresentam os componentes como estando interligados, parte de um processo dinâmico baseado numa relação terapêutica entre enfermeiro e cliente.

Na análise do conceito de cuidar espiritual, Ramezani et al (2014), identificam-se como antecedentes do cuidado espiritual: 1) consciência dos enfermeiros da dimensão transcendental na vida da pessoa (quando este reconhece que os seres humanos são espirituais, avaliam essas necessidades e planeiam intervenções que visam dar resposta a necessidades únicas da pessoa), 2) autoconsciência do enfermeiro (crenças pessoais, atitudes, valores, medos, preconceitos e análise crítica de si mesmo e de experiências pessoais), 3) compromisso com a profissão, 4) filiação religiosa, 5) sensibilidade (capacidade de compreender aceitar os sentimentos e comportamentos dos outros) e, 6) intencionalidade (que leva ao aprimoramento da avaliação).

Embora a espiritualidade seja considerada pelos enfermeiros uma dimensão determinante no cuidar holístico, são identificados constrangimentos ao desenvolvimento de um cuidar espiritual na prática clínica em enfermagem tais como: 1) atitudes ambíguas em relação à espiritualidade (Zumstein-Shaha, 2021); 2) idade, anos de experiência clínica e local de trabalho (Cooper, et al. 2020); 3)

falta de formação para abordar a espiritualidade (Cooper, et al. 2020; Zumstein-Shaha, 2021).

As teorias de enfermagem ao integrarem pressupostos, princípios e conceitos versam sobre o paradigma em enfermagem, permitindo orientar a prática, pelo que se procurou o contributo que possa advir de modelos conceptuais em enfermagem.

De entre as primeiras teóricas de enfermagem que abordam aspetos da espiritualidade como dimensão essencial do cuidado e do cuidar em enfermagem, encontram-se os trabalhos desenvolvidos por, Martha Rogers, Margareth Newman, Rosemary Rizzo Parse e Jean Watson. Recentemente, novos desenvolvimentos teóricos começaram por enquadrar de forma mais explícita a espiritualidade. Neste sentido O'Brien (2014: 77-78) realça o trabalho desenvolvido por vários autores, nomeadamente de discussão de *"construction of spirituality" in nursing theory* (Henery, 2003); e do desenvolvimento do *"Model for advancing spiritual care in nursing and health care"* (McSherry, 2006); *"An Experiential Theory of spiritual Care in Nursing Practice"* (Burkhart & Hogan, 2008); *"Spirituality and Psychological Well-Being: Testing a Theory of Family Interdependence Among Family Caregivers And Their Elders"* (Kim, Reed, Hayward, Kang & Koenig, 2011); e *"T.R.U.S.T.: An Affirming Model for Inclusive Spiritual Care"* (Barss, 2012).

É igualmente considerado relevante o trabalho *"Spirituality and self-care: Expanding Self-Care Deficit Nursing Theory"* de expansão da Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem, no qual é incluindo e descrito o conceito de espiritualidade e autocuidado espiritual (White, 2010). O contributo das teóricas de Enfermagem Mary White, Rosalind Peters e Stephanie Schim inclui a criação do instrumento *"Spiritual Self-Care Practices Scale (SSCPS)"* em Afroamericanos com insuficiência cardíaca (White & Schim, 2013).

Das teorias enunciadas, selecionamos como orientadora da nossa reflexão sobre a dimensão espiritual no cuidar em enfermagem a Teoria de Tornar-se humano de Rosemarie Rizzo Parse, uma vez que a autora expande novos horizontes para a enfermagem como ciência humana voltada para a experiência de vida dos seres humanos, os significados e padrões que criam processos de vida únicos dos indivíduos (Parse, 2021). O paradigma *Humanbecoming* integra aspetos ontológicos da natureza da existência humana e apresenta uma perspetiva da

enfermagem focada na qualidade de vida e dignidade humana a partir da perspectiva da pessoa, família e comunidade (Bournes et al., 2018).

## 2.2 CUIDAR ESPIRITUAL: UM CONTRIBUTO A PARTIR DA TEORIA DE TORNAR-SE HUMANO

Considerando que as teorias permitem orientar o cuidar em enfermagem em diferentes fenômenos de interesse para a enfermagem, procuramos mobilizar na Teoria contributos para a reflexão sobre cuidar espiritual em enfermagem.

A Teoria de Tornar-se Humano foi evoluindo ao longo dos tempos (Bournes et al., 2018), inicialmente denominada Teoria de *Man-Living-Health*, foi classificada no âmbito das grandes teorias do processo unitário, pois o seu referencial teórico é complexo e descrito num nível filosófico e altamente abstrato (Lins et al., 2013).

Numa primeira fase do desenvolvimento da Teoria, Parse trouxe para a discussão das teorias de enfermagem dois paradigmas: Paradigma da Totalidade e o Paradigma da Simultaneidade. No primeiro Paradigma, o da Totalidade, o ser humano é entendido como o somatório de sistemas, sendo considerado um ser bio-psico-social-espiritual, que interage com o ambiente por meio de estímulos internos e externos (Lins et al., 2013). Neste paradigma a saúde é entendida como um estado e processo de bem-estar (Parse, 2021). No segundo paradigma da simultaneidade, o ser humano surge como um ser unitário em inter-relação mútua com o ambiente, e a saúde é considerada como um valor e um processo (Parse, 2021), surgindo como um desdobramento neguentrópico, entendido como um processo reativo de obtenção de reservas de energia para deter o processo entrópico (Lins et al., 2013).

Em 2007, 2012 e 2014, Parse publica importante refinamento conceptual da teoria cujos aspetos major se destacam. Na obra publicada em 2007 registando-se uma mudança dos conceitos de *human becaming* e *human-universe* para e *humanbecaming* e *humanuniverse*, esta mudança na linguagem visa reforçar que os seres humanos são inseparáveis do tornar-se e do universo. Surgem expressos quatro postulados: ilimitabilidade, paradoxo, liberdade e mistério (Bournes et al., 2018).

Na obra publicada em 2012, Parse identifica um terceiro paradigma – Paradigma *Humanbecoming*. Surgindo como uma escola de pensamento este paradigma vai para além das concetualizações metaparadigmaticas expressas no Paradigma da Totalidade e Simultaneidade. A perspetiva ontológica é agora a Natureza da existência. O *humanuniverse* é indivisível, imprevisível e uma co-criação em constante mudança. O *Ethos Humanbecoming* é a dignidade humana e o objetivo da disciplina de Enfermagem é a qualidade de vida. O enfermeiro conduzido por esta escola de pensamento não se limita a intervir, integra o que a autora define como *Living-the-art Humanbecoming*. Para tal, o enfermeiro vive em presença significativa com o outro (*True presence*), acompanha sentido(s) (*illuminating meaning*) e (*inspiring anticipation*). (Bournes et al., 2018, Parse 2021, Smith & Gullett, 2021). A qualidade de vida só pode ser melhorada por essa antecipação de se pode perspetivar novas maneiras de seguir em frente, vislumbrando o horizonte em constante mudança (Parse, 2021).

No desenvolvimento da Teoria, Parse utilizou princípios e conceitos da Teoria do Ser Humano Unitário de Martha Rogers sobre a helicidade, a integralidade e a ressonância, que sustentaram as noções acerca da pessoa enquanto seres abertos que se relacionam com o universo em múltiplos domínios e que são irredutíveis, imutáveis e reconhecidos por padrões (Bournes et al., 2018; Tomey & Alligood, 2004). A teórica também foi influenciada com as ideias da corrente existencial fenomenológica articuladas por Heidegger, Sartre e Merleau-Ponty, sintetizando os princípios de intencionalidade, subjetividade humana, co-constituição, coexistência e liberdade de escolha (Lins et al., 2013). A intencionalidade significa que o ser humano está aberto, sabe e está presente no mundo, têm um propósito e um modo como escolhe a direção e as formas de atuar em relação aos projetos e às pessoas. No princípio da subjetividade humana, a autora postula que o ser humano, por natureza, é uma unidade do ser com o não-ser, vivendo de uma vez o que existe e o que ainda não existe (Tomey & Alligood, 2004). A teórica acredita que o ser humano, o ambiente e a saúde estão estritamente interligados, portanto, é difícil caracterizar os seus pressupostos individualmente. A estrutura teórica apresentada está alicerçada em três dimensões práticas: fortalecer (como maneira de revelar e ocultar a imagem), originar (como manifestação da limitação de valores) e

transformar (desdobra-se na ligação e separação) e contempla três princípios: Estruturar, Co-criar e Co-transcender (Lins et al., 2013).

Inicialmente foram considerados três pressupostos principais sobre os seres humanos e sobre o Tornar-se humano: “1) Tornar-se humano é escolher livremente o sentido pessoal da situação no processo intersubjetivo da vivência das prioridades de valor; 2) Tornar-se humano é cocriar padrões rítmicos de relacionamento no processo mútuo com o universo; e 3) Tornar-se humano é cotranscender multidimensionalmente com os possíveis emergentes” (Tomey & Alligood, 2004: 601). No primeiro pressuposto, considera-se o tornar-se humano como uma troca de sujeito-sujeito e de sujeito-universo, os significados atribuídos às experiências refletem seus valores pessoais. O segundo pressuposto, considera que tornar-se humano é um intercâmbio aberto e em conjunto com o universo, ou seja, um é participante na criação do outro. Sendo o universo, entendido como todas as ligações que os seres humanos têm com as outras pessoas e com as ideias, os projetos, os antepassados, a história e a cultura. No terceiro pressuposto, o ser humano é capaz de ir além do *self* em todos os níveis do universo (Lins et al., 2013).

No Paradigma *Humanbecoming*, Parse apresentada três temas ligados aos pressupostos: sentido, ritmicidade e transcendência. O sentido surge nas mensagens que os indivíduos transmitem e recebem dos outros e indica o significado de algo e é escolhido pelas pessoas. Assim, as outras pessoas não podem decidir sobre o significado de algo para os outros, mas quando os significados pessoais são partilhados expressam pontos de vista, preocupações, esperanças e propósitos último de vida. A ritmicidade tem a ver com os padrões, paradoxo e possibilidade, no qual é defendido que as pessoas vivem padrões irrepetíveis em relação aos outros, ideias, objetos e situações. Estes padrões enquadram as suas prioridades e estão constantemente a mudar à medida que as pessoas se envolvem em novas experiências e ideias (Bournes et al., 2018, Smith & Gullett, 2021). A transcendência é o terceiro grande tema da escola de pensamento do Torna-se humano, e está relacionado com a infinita possibilidade que é o tornar-se humano. As possibilidades surgem como o processo ser Humano-universo como opções para escolher formas pessoais de se tornar. A autora defende que, acreditar numa ou noutra coisa, ir numa direção ou noutra, ser

persistente ou abandonar, lutar ou aquiescer, ter esperança ou desesperar são opções que surgem na vida diária (Bournes et al., 2018), Ter em consideração e escolher entre estas opções é co-transcender com os possíveis. Co-transcender com os possíveis é prover de energia formas únicas de gerar no processo de transformação (Tomey & Alligood, 2004).

Estes pressupostos reforçam a consciência de que o cuidar espiritual requer uma compreensão dos significados que possam dar sentido à vida da pessoa e a sua existência, os quais foram construídos na relação consigo próprio, com os outros e com o que o rodeia, não descurando a relevância que os valores pessoais, significados seculares e culturais assumem neste processo. Reforçam o potencial da pessoa, ao destacar a capacidade extraordinária que o ser humano tem de, independentemente dos contratempos e sofrimentos enfrentados na vida, se superar e encontrar o sentido da sua existência. Para que a pessoa possa encontrar este sentido na experiência vivida, o cuidado espiritual deve integrar uma verdadeira presença com os significados que se desdobram à medida que as pessoas explicam, convivem e seguem em frente com os padrões de diversidade em mudança.

Para Lins et al. (2013), a Teoria de Parse tem como foco principal o ser humano pautado numa atitude fenomenológica, na medida em que o enfermeiro se aproxima do outro demonstrando interesse pelo significado da experiência vivida, movendo-se junto com o indivíduo, sem rotular ou apontar uma solução para a situação, respeitando, assim, a coparticipação individual na criação da experiência de viver como um processo gradual de tornar-se humano.

Deste modo, para cuidar espiritualmente o enfermeiro deve estar em verdadeira presença com a pessoa, procurando compreender o significado pessoal da situação, desejos, crenças e valores e, a partir deste ponto de vista, promover o bem-estar espiritual.

Como explicitado, o bem-estar espiritual influencia a capacidade de autocuidado, pelo que se torna fundamental para a estruturação desta conceptualização teórica, explorar o contributo que a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem poderá ter nesta problemática.

## 2.3 UMA VISÃO SOBRE O SUPORTE AO AUTOCUIDADO A PARTIR DA TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO DE ENFERMAGEM

Na enfermagem o termo autocuidado foi introduzido por Orem na sua Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem. A ideia do autocuidado e das razões pela qual as pessoas necessitam e podem ser ajudadas através da Enfermagem, foi o principal foco de desenvolvimento da teoria e da pesquisa ao longo do tempo, estando estas associadas a intervenções de enfermagem no autocuidado, fatores que influenciam a capacidade de autocuidado, práticas de autocuidado em diferentes populações e condições de saúde, contribuindo assim para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão (Orem, 2001).

Os esforços da autora para definir enfermagem tiveram início em 1956 num relatório intitulado “*The Art of Nursing in Hospital Service: An Analysis*”. A linguagem do paciente fazer por si ou a enfermeira ajudar a fazer por si, surgem como linguagem antecedente para o conceito de autocuidado (Smith & Parker, 2015).

Contudo, o trabalho de teorizar sobre a enfermagem só teve início formal em 1958 com o apoio da *Nursing Development Conference Group*. Como resultado dos esforços combinados, o conceito teórico do sistema de enfermagem (*nursing system*) foi formulado, expresso e revisto em 1970. Este é visto como um modelo geral, uma vez que os temas dominantes ou elementos conceptuais são representados como um conceito estrutural. Nele foi enfatizado a relação de conceitos teóricos entre si e com a produção de autocuidado (Orem, 2001). A primeira publicação desta teoria surge em 1971, no seu livro *Nursing: Concepts of Practice*, edições posteriores foram publicadas em 1980, 1985, 1991, 1995 e 2001. A produção das diferentes edições decorre do desenvolvimento da Teoria através da criação de grupos de trabalho como: a *Internacional Orem Society for Nursing Science and Scholarship* e a *Orem Study Group* (Smith & Parker, 2015).

Ao longo das diferentes edições, são explanados e integrados constructos conceptuais que visam dar sentido ao conhecimento, ao pensamento e à tomada de decisão dos enfermeiros na prática, mas também na formação em enfermagem. Estes conteúdos foram gerados pela contínua formalização e expressão dos elementos conceptuais da Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem e suas teorias interrelacionadas (Orem, 2001). O desenvolvimento da Teoria de Orem

integrada, segundo Taylor e Renpenning (2011) duas fases, a primeira termina com a publicação do primeiro livro, no qual são identificadas as ideias essenciais da teoria e descritas as suas relações. A segunda fase teve início em 1972, tendo como foco a difusão e aperfeiçoamento da Teoria, e terminou com sua morte, em 2007. Atualmente estamos perante uma nova fase, ou a continuação da segunda fase, no qual a investigação se concentra na validação das relações teóricas e a utilização da teoria na prática

Estes desenvolvimentos, que explanaremos de seguida, apresentam uma Teoria constituída por quatro partes (Teoria dos Sistemas de Enfermagem, Teoria do autocuidado, Teoria do Défice de Autocuidado e Teoria do Cuidado Dependente<sup>6</sup>, (ibidem). A Teoria do Cuidado Dependente, por estar relacionada com o cuidar de pessoas que são socialmente dependentes, não será explanada.

**A Teoria dos Sistemas de Enfermagem** surge como a mais útil na conceptualização da prática de enfermagem, englobando a Teoria do Autocuidado e da Teoria do Défice de Autocuidado (Taylor & Renpenning, 2011). O Sistema de Enfermagem (*Nursing system*) foi originalmente conceptualizado como um complexo sistema de ação criado por enfermeiros, formado através da interação entre uma ou a combinação de diversas maneiras de assistir uma pessoa, utilizando o sistema de autocuidado (*Self-Care System*) ou uma componente de parte do sistema.

O conceito inicial apresentava uma hierarquia de sistemas um pouco fechada mas progressivamente passou para sistemas abertos e auto-organizados em relação aos outros sistemas. O sistema de enfermagem tem uma dimensão social, interpessoal e tecnológica da intervenção de enfermagem. Inclui as variáveis relacionadas com a agente de autocuidado (*self-care agency*), a necessidade

---

<sup>6</sup> O cuidado dependente resulta da incapacidade da pessoa socialmente dependente (desenvolver o seu próprio cuidado, nesta condição, para além do cuidado relativo a crianças e adolescentes, também as pessoas que vivenciam situações de doenças crónicas ou de debilidade se encontram nesta situação. No autocuidado, o agente da ação e o objeto da ação são o mesmo indivíduo, já no cuidado dependente existem pelo menos dois agentes, sendo apenas um deles o objeto da ação. Tal aumenta a complexidade da situação, pois inclui a capacidade de focar nas necessidades de uma pessoa e, trabalhar em conjunto com outra. (Taylor & Renpenning, 2011).

terapêutica de autocuidado (*therapeutic self-care demand*)<sup>7</sup> e o agente de enfermagem (*Nursing agency*)<sup>8</sup> (Taylor & Renpenning, 2011; Orem, 2001).

Nesta Teoria é determinado como é que o enfermeiro, a pessoa ou ambos dão respostas às necessidades terapêuticas de autocuidado, considerando o potencial da pessoa para o desempenho das atividades do autocuidado. Os cuidados de enfermagem são exigidos, quando a ação de autocuidado da pessoa não lhe permite dar resposta às necessidades terapêuticas de autocuidado, podendo esta ser real ou potencial.

Refletindo a estrutura e o conceito da prática de enfermagem, os sistemas de enfermagem estão designados para: a) alcançar a saúde da pessoa ou objetivos relacionados com a saúde do mesmo, através do autocuidado terapêutico, b) superar défices de autocuidado, e (c) dotar e preservar capacidades de autocuidado da pessoa (Taylor & Renpenning, 2011).

É nesta prestativa de que os sistemas de enfermagem estão designados para alcançar a saúde da pessoa ou objetivos relacionados com a saúde do mesmo, que se enquadra o cuidar promotor de bem-estar. Sendo o bem-estar identificado por Orem como uma condição percebida da existência pessoal, incluindo as experiências de contentamento, prazer e de felicidade, bem como experiências espirituais, movimento para realizar o *self-ideal* e desenvolvimento pessoal contínuo (Orem, 2001: 524).

Os sistemas de enfermagem não são produzidos unicamente para a pessoa, aplicando-se a pessoas que se constituam como agentes de cuidar dependente ou em grupos cujos membros detenham necessidades terapêuticas de autocuidado com componentes semelhantes, ou que apresentam limitações idênticas para o desenvolvimento do autocuidado ou cuidar dependente (Taylor & Renpenning, 2011).

---

<sup>7</sup> O conceito refere-se a uma “estrutura formulada e expressa em ações ou medidas de cuidados que deve ser executada para gerar processos de ação, utilizando os meios selecionados para atender - ou seja, cumprir - as metas reguladoras (funcionais ou de desenvolvimento) dos requisitos de autocuidado dos indivíduos” (Orem, 2001: 223).

<sup>8</sup> O termo *agency* refere-se ao poder de agir de forma a alcançar objetivos. Quando o enfermeiro de forma deliberada, planeia e produz um sistema de enfermagem está a desenvolver uma Ação de Enfermagem. Esta é desenvolvida em programas de ensino de Enfermagem, aperfeiçoada e desenvolvida ao longo do tempo através de experiências refletidas e de formação complementar e, tem como influência os fatores pessoais, sociais, culturais e ambientais (Orem, 2001).

São identificados três tipos de sistemas: 1) o Sistema Totalmente Compensatório (*Wholly Compensatory Systems*); 2) o Sistema Parcialmente Compensatório (*Partly Compensatory Systems*); 3) o Sistema de Apoio – Educação (*Supportive – Educative Systems*).

**A Teoria do Autocuidado** é a segunda Teoria mais importante das várias teorias que constituem a Teoria do Déficit do Autocuidado em Enfermagem (Taylor & Renpenning, 2011). O autocuidado é identificado como um processo contínuo de ações produzidas por, ou para pessoas desde o nascimento até a morte, com vista a manter a saúde e bem-estar e promover o desenvolvimento. É influenciado por fatores condicionantes básicos<sup>9</sup>, mas enquanto comportamento, reflete o estilo individual, as adaptações específicas, as atuais circunstâncias e as perspectivas de futuro.

Como ação deliberada, o autocuidado tem como propósito o envolvimento da reflexão, decisão e opinião na priorização da ação tendo como o foco a prevenção, alívio, cura, ou controle de condições humanas indesejáveis que afetam ou podem vir a afetar a vida, a saúde ou o bem-estar (Orem 2001).

Como elementos conceptuais da teoria surgem: autocuidado, requisitos do autocuidado (*self-care requisites*)<sup>10</sup> e agente de autocuidado (*self-care agency*). O conceito de *self-care agency* é usado para interpretar as capacidades da pessoa para tomar conta de si e manter a saúde, estando o foco colocado no poder humano ativado e evidenciado pela pessoa quando ela investiga, julga, toma decisões e produz *self-care operations* (estimativa, transacional e produtiva).

O *self-care agency* difere com habilidades específicas que possibilitam o desempenho de operações de autocuidado e com um conjunto de capacidades e disposições fundamentais para a ação, tais como: 1) capacidades básicas associadas à sensação, percepção, memória, orientação, mobilidade, regulação dos

---

<sup>9</sup> Fatores internos ou externos aos indivíduos que afetam a sua capacidade de envolver-se no autocuidado ou, o tipo e a quantidade de autocuidado necessário. São identificados como fatores condicionantes básicos: idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde; orientação sociocultural, fatores associados ao sistema de saúde, fatores do sistema familiar, padrões de vida, fatores ambientais e a adequação e disponibilidade dos recursos (Orem 2001).

<sup>10</sup> Os requisitos de autocuidado referem-se os meios que são adequados para regular um processo específico, estado e, condições do funcionamento e desenvolvimento humano. Surgem como princípios guias que para a seleção, escolha e conduta de autocuidado, sendo a sua quantidade e qualidade influenciados por alguns dos fatores condicionantes básicos. São referenciados três tipos de requisitos: 1) requisitos universais de autocuidado; 2) requisitos de autocuidado de desenvolvimento; 3) requisitos de autocuidado no desvio de saúde (Orem, 2001: 225-235).

processos motivacionais e emocionais; 2) capacidade para saber e fazer, tais como as habilidades de aprendizagem, autoconsistência para saber e fazer; 3) disposições que afetam os objetivos procurados, tais como autoimagem, autocompreensão, valores pessoais, preocupação consigo próprio, autoaceitação, vontade de atender às necessidades pessoais; 4) capacidades orientativas e disposições, tais como, interesses e preocupações, hábitos, hierarquia de valores (Taylor & Renpenning, 2011).

Para Orem, os fatores condicionantes básicos e fatores ambientais, também influenciam o exercício do *self-care agency*, bem como as necessidades de autocuidado. Assim, aspetos pessoais, ambientais, e fatores relacionados à saúde, como por exemplo, o nível de conhecimentos, habilidades de autocuidado, valor colocado na saúde, motivação, tomada de decisão, persistência na consecução de objetivos, experiência anteriores, recursos, interesse em atingir um objetivo ou perturbação da integridade humana funcionando podem influenciar o desenvolvimento e exercício do *self-care agency* (ibidem).

White et al. (2011) ao expandir a Teoria de Orem, integrando o conceito de espiritualidade e autocuidado espiritual, explana de que forma as crenças e práticas espirituais podem estar relacionadas com fatores condicionantes básicos (idade, género, estado de saúde e orientação sociocultural) bem como capacidades e disposições para o autocuidado, nomeadamente ao nível da motivação (Orientação de metas para o autocuidado que estejam de acordo com as suas características o significado de vida, saúde e bem-estar), na qual as crenças espirituais além de fornecer uma “lente” através da qual uma pessoa encontra significado na vida, na saúde e na doença, influenciam os objetivos a alcançar.

Estas considerações, dão relevância aos achados explanados anteriormente sobre o papel da espiritualidade na gestão do autocuidado da pessoa idosa, o qual se constitui como um mecanismo de *coping* e como influenciador de comportamentos de autocuidado.

Na Teoria de Orem são também identificados como aspetos que afetam a disposição da pessoa para realizar comportamentos de autocuidado, bem como, a forma como este processa a informação e toma decisões sobre a ação de autocuidado, a autocompreensão, autoimagem, autoeficácia e a preocupação em cuidar de si (Taylor & Renpenning, 2011). Os desejos, as crenças, as atitudes, as

habilidades e os traços da personalidade são também enunciados como condições que influenciam a forma como a pessoa se vê a si própria e se aceita como agente de autocuidado, aceita necessitar de medidas específicas de autocuidado e executa essas mesmas medidas.

Surge ainda como influenciador desta capacidade, a aplicação de conhecimentos e a motivação para cuidar de si. A este respeito a autora refere que, antes de desenvolver uma ação deliberada, a pessoa desenvolve intelectualmente ideias sobre o que precisa realizar, e decide que ações devem ser tomadas. O conhecimento para o desenvolvimento das mesmas, deriva das experiências adquiridas no planeamento da ação, na ação e na reflexão sobre os resultados alcançados e, à medida que novos conhecimentos são adquiridos em cada situação, mais opções ou alternativas se tornam evidentes (Taylor & Renpenning, 2011).

O uso do conceito *self-care agency*, tem sido analisado na enfermagem, na relação com os fatores condicionantes, ações de autocuidado e resultados específicos de autocuidado. Ao analisarmos os fatores condicionantes enunciados por Orem, não encontramos expresso a influência da espiritualidade na capacidade para o autocuidado, mas no trabalho desenvolvido por White et al. (2011) esta declara que, as crenças espirituais influenciam significativamente os objetivos a alcançar, a responsabilidade individual pela tomada de decisões, o valor colocado no corpo humano e na vida humana, bem como, fornecem uma forma de encontrar sentido de vida, na saúde e na doença.

Face a esta perspetiva, pensamos que a presença de um sistema de crenças ou visão filosófica do mundo pode influenciar a capacidade para o autocuidado, já que na abordagem do conceito de autocuidado enunciado por Orem (2001) “o *self* surge como a singularidade de cada um de nós sentir-nos e ser; é um local a partir do qual uma pessoa percebe o mundo e o lugar a partir do qual age, sendo ao mesmo tempo a fonte e o *locus de controlo* para a ação ... um modificador para uma infinidade de outros conceitos que descrevem vários aspetos do *self* como agente ou objeto de ação – Autorrespeito, autoconsciência, autocontrolo, autoestima e autocuidado” (Taylor & Renpenning, 2011: 31-36).

**A Teoria do déficit do autocuidado**, surge em articulação com a Teoria do Autocuidado e com a ideia expressa pela autora de *social dependency* (Smith & Parker, 2015), e expressa e desenvolve a razão pela qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem, as quais podem estar relacionadas com as limitações no conhecimento, decisão e produção do cuidar de si, relacionado com a saúde. O conceito de déficit de autocuidado, refere-se ao desequilíbrio na relação entre a capacidade de ação da pessoa e a sua necessidade de cuidados, quando expresso em termos de limitações ao autocuidado fornece orientações para a seleção do sistema de enfermagem e compreensão do papel da pessoa no autocuidado. Orem formulou três tipos de limitações ao autocuidado que restringem as operações de autocuidado: a) limitações no conhecimento, b) na capacidade de julgar e decidir, c) na capacidade de agir com vista a obter um resultado e, que se situa ao nível da investigação ou da produção do autocuidado (Orem, 2001: 279-282).

O déficit de autocuidado pode ser permanente ou transitório, podendo ser superado ou eliminado, em parte ou na sua totalidade, se a pessoa possuir as capacidades e conseguir acioná-las. A determinação da natureza e extensão do déficit do autocuidado, assim como dos recursos e potencial para o desenvolvimento do autocuidado, é uma parte essencial no desenvolvimento de um sistema de enfermagem (Taylor & Renpenning, 2011).

Em cada uma das limitações ao autocuidado, é possível perspetivar aspetos multidimensionais, tornando o desenvolvimento de um sistema de enfermagem um processo complexo, dinâmico e multidimensional. Da mesma forma, a determinação dos recursos e potencial para o desenvolvimento de autocuidado, não se circunscreve, mas integra aspetos relacionados com o sentido de vida (relevante na dimensão espiritual) que poderão ser impulsionadores da capacidade de autocuidado das pessoas idosas, pelo que o cuidar em enfermagem promotor de bem-estar é entendido nesta teoria como um cuidar que também integra a dimensão espiritual.

**PARTE II**  
**INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**



## **CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

A opção por uma metodologia de pesquisa tem de estar de acordo tanto com os objetivos da mesma, como com a natureza do que se pretende conhecer e com o tipo de respostas que espera fornecer.

### **1 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS**

Assim, surgem como questões de investigação:

- Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e a autoperceção do estado de saúde e o Bem-estar Espiritual?
- Qual a relação entre as variáveis sociodemográficas e a autoperceção do estado de saúde e a Capacidade de Autocuidado?
- Qual o contributo do Bem-estar Espiritual das pessoas idosas na Capacidade de Autocuidado?
- Qual a relação entre as dimensões do Bem-estar Espiritual e as dimensões da Capacidade de Autocuidado?

Definimos como objetivos:

- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a autoperceção do estado de saúde e o Bem-Estar Espiritual,
- Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a autoperceção do estado de saúde e a Capacidade de Autocuidado.
- Analisar a relação entre o Bem-Estar Espiritual e a Capacidade de Autocuidado em Pessoas Idosas.
- Compreender a relação entre as dimensões do Bem-estar Espiritual e as dimensões da Capacidade de Autocuidado em Pessoas Idosas.

## 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo começamos por apresentar a tipologia de estudo, os instrumentos de recolha de dados e procedimentos de investigação.

Trata-se de um estudo de natureza não experimental, transversal, quantitativo de tipo descritivo e correlacional.

Para Gray e Grove (2020), os desenhos de pesquisa não experimental são usados em estudos em que o pesquisador deseja construir um quadro do fenómeno ou explorar acontecimentos/situações à medida que eles ocorrem naturalmente. A opção por um estudo do tipo quantitativo, decorre de os resultados deste tipo de pesquisa permitir uma melhor compreensão de um ou mais dos três aspetos da realidade: incidência, conexões entre duas ideias e relações de causa e efeito (Gray & Grove, 2020).

A opção pela natureza descritiva, decorre desta permitir explorar e descrever fenómenos em situações da vida real e da sua aplicabilidade quando o conhecimento coletivo sobre um fenómeno é limitado (Gray & Grove, 2020), como é o caso do fenómeno em estudo. Em complementaridade, o tipo de pesquisa correlacional, permite ao investigador medir numericamente a força de uma relação entre variáveis, com o propósito de descobrir se é provável ocorrer uma mudança no valor de uma variável, quando outra aumenta ou diminui.

Pelas características do fenómeno em estudo, ao qual é inerente avaliar o bem-estar espiritual e a capacidade de autocuidado, foi ainda fundamental a identificação de instrumentos traduzidos e validados para a população portuguesa que permitissem a avaliação destes constructos em contextos de saúde.

A análise sistematizada da evidência disponível sobre instrumentos de avaliação do construto bem-estar espiritual/espiritualidade utilizados em contexto de saúde (Cunha & Vieira, 2017) permitiu a opção pela *Spiritual Assessment Scale* – SAS, traduzida e validada para a população portuguesa por Rego em 2008. A SAS, ao integrar nas suas dimensões fé pessoal, prática religiosa e paz espiritual, pode tornar-se útil na avaliação do bem-estar espiritual da população idosa em Portugal, dado que, segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística de 2011, apesar da tendência de crescimento do número de pessoas que se declaram sem religião

(3% em 1991, 4% em 2001, chegando aos 7% em 2011), a maioria dos portugueses professam uma religião.

No que se refere à capacidade de autocuidado, não se tendo identificado nenhum instrumento, traduzido e validado para a população portuguesa, que respondesse aos objetivos do estudo, conduziu-nos à identificação da *Exercise of Self-care Agency Scale* (ESCA) de Kearney e Fleischer 1979, revisada por Riesch & Hauck (1988), através de uma revisão sistemática da literatura desenvolvida para identificar instrumentos que permitissem a avaliação da capacidade de autocuidado.

Por este motivo, esta investigação iniciou-se pelo processo de tradução, adaptação cultural e validação da ESCA, pelo que, dadas as características dos procedimentos que dão resposta a este processo, começamos por descrever os mesmos.

## 2.1 TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DA *EXERCISE OF SELF-CARE AGENCY*

A *Exercise of Self-Care Agency* - ESCA é um instrumento originalmente desenvolvido por Kearney & Fleischer (1979) nos Estados Unidos América, tendo por base o trabalho desenvolvido por Dorothea Orem e a *Nursing Development Conference Group* (1973), permite avaliar a capacidade da pessoa se envolver em ações de autocuidado, medindo quatro subconceitos que contribuem para essa capacidade: (a) uma resposta ativa *versus* passiva face às situações, (b) a motivação, (c) os conhecimentos e (d) o sentido de amor-próprio. Foram considerados como indicadores da capacidade da pessoa praticar autocuidado: (a) uma atitude de responsabilidade para consigo mesmo, (b) motivação para cuidar de si, (c) a aplicação de conhecimentos ao autocuidado, (d) a valorização de prioridades em matéria de saúde e (e) uma elevada autoestima. O instrumento foi desenvolvido com estudantes de enfermagem. É constituído por 43 itens, distribuídos por 4 domínios: *Autoestima, Motivação, Conhecimentos, Resposta ativa versus resposta passiva face às situações*.

As respostas são registadas em uma escala do tipo Likert de 5 pontos, pontuado de 0 a 4. Dos 43 itens, 11 estão redigidos de forma negativa no que se

refere á capacidade de envolvimento em ações de autocuidado, pelo que e sua pontuação é revertida. O total das respostas variam de 0 e 172. Um score elevado indica uma elevada capacidade para se envolver em ações de autocuidado. O tempo de resposta estimado é de aproximadamente 8 a 10 minutos.

A ESCA foi traduzida e validada para diferentes países: França, Suíça, Japão, Turquia (Fawcett & Santo-Madeya, 2013), bem como para Chinês Cantonês (Wong et al., 2012). Foi utilizada noutras populações, nomeadamente em pessoas adultas (Robichaud-Ekstrand & Gibbons, 2008, Guner & Kaymakci, 2014; Drevenhorn et al., 2015) e idosas (Rabie & Klopper, 2015; Liu et al., 2018; Koç & Sağlam, 2019).

Doran (2011) ao analisar instrumentos disponíveis para avaliar o autocuidado (*self-care agency e self-care behaviors*) refere que a ESCA pode ser utilizada para dar visibilidade a variáveis sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A escala global apresenta adequadas qualidades psicométricas, mas com comportamentos diferentes quando submetida a tradução e validação nos diferentes países França<sup>11</sup>, Japão<sup>12</sup>, Turquia<sup>13</sup> e Chinês Cantonês<sup>14</sup>. Este comportamento do instrumento, levou-nos a centrar a nossa atenção numa análise

---

<sup>11</sup> A tradução realizada por Robichaud-Ekstrand e Loisele (1998) com Franco-canadianos que tiveram enfarte agudo do miocárdio. A análise comparativa com a versão em inglês, mostrou que os coeficientes de consistência interna da escala francesa-ESCA (8 e 14 semanas pós-enfarte miocárdio) são aceitáveis (.84 e .88. respetivamente). Os *alfas de Cronbach* para as subescalas: autoconceito (.57 a .69). Iniciativa/responsabilidade (.72 a .80). Conhecimento /Procura informação (.80 a .79) e *Taking actions* (.49 a .62). Escala na versão Francesa parece ser estável no período de 6 semanas ( $r = .77$ .  $p < .001$ ).

<sup>12</sup> A Tradução realizada por Yamashita (1998) com 461 estudantes de enfermagem e educadores de infância. Após exclusão dos itens com *loading* inferiores a .3 o instrumento ficou com 24 itens, distribuídos por três fatores renomeados de (*self-care abilities, self-care reponsability e self-care esteem*). A solução de três fatores explicou 39.1% da variância total. A consistência interna do instrumento foi boa. *Alfa de Cronbach* para a escala total = .86. e nas subescalas variaram de .85 a .86. A confiabilidade teste-reteste foi de .80.

<sup>13</sup> Na versão Turca, Nahcivan (2004) realizou um estudo piloto por numa amostra 119 adolescentes Turcos bilíngues distribuídos aleatoriamente em quatro grupos. Para cada participante foi administrei as versões em inglesa e turco da escala, mas por ordem diferente com um intervalo de 5 semanas. Os resultados mostram que a versão turca do ESCA era linguisticamente idêntica à inglesa. As correlações teste-reteste foram consideradas altas ( $r = .80$  a  $.90$ ). Neste estudo, 8 dos 43 itens apresentavam correlações inferiores a .20 com os outros itens A consistência interna da escala total foi adequada, com *alfa de Cronbach* de .89 para a versão turca e .88 para a versão inglesa. Segundo os autores, as pontuações médias obtidas para a versão Turca foram menores do que as de Kearney e Fleischer (1979), mas mais altas do que as relatadas nos estudos da versão sueca (Whetstone & Hansson, 1989), alemã oriental (Whetstone, 1987) e japonesa (Yamashita, 1998).

<sup>14</sup> A tradução realizada por Wong et al. (2012), com 477 adolescentes com dismenorreia. Os resultados indicam um alto nível de equivalência com a versão original, e também uma elevada consistência interna e confiabilidade teste-reteste. Na análise de componentes principais, o gráfico *Scree Plot* sugeriu reter quatro fatores, que explicam 48,1% da variância total. 8 itens foram removidos da análise por apresentarem carga fatorial inferior a .40 e de baixas comunalidades. A estrutura de quatro fatores encontrada neste estudo foi consistente com a natureza multidimensional da versão original em inglês proposta por Kearney e Fleischer (1979). Os quatro fatores foram rotulado como: Autoconceito, Conhecimento e procura informação, Passividade e Motivação. A confiabilidade teste-reteste, coeficientes de correlação intra-classe (intervalos de confiança de 95%) ao longo do intervalo de 4 semanas foram de .81 (.74 - .85) para o escore geral ( $p < .001$ ). Os coeficientes do *alfa de Cronbach* desta escala constituída por 35 itens foram de .92 para a escala global e nas quatro subescalas os valores variaram de .77 a .91.

de constructo e validação discriminante da escala realizada por Riesch & Hauck (1988). O instrumento resultante desta análise, que explanaremos de seguida, apresenta um número menor de itens, boas qualidades psicométricas e é conceptualmente idêntico, pelo que se constituirá como o instrumento objeto de tradução e validação para a língua portuguesa.

A Edição revista da ESCA (Kearney & Fleischer, 1979; Riesch & Hauck, 1986) apresenta um instrumento constituído por 35 itens, distribuídos em 4 domínios: *Autoconceito*, *Iniciativa e Responsabilidade*, *Conhecimento e Pesquisa de informação*, e *Passividade*. A solução de 4 domínios valida o pensamento de Kearney e Fleischer (1979). Cada item que esteja orientado positivamente para o autocuidado é pontuado de 0 a 4, de acordo com a resposta do sujeito numa escala tipo Likert de 5 pontos. Uma pontuação de 0 é atribuída ao item escolha de resposta “*Very unlike me*” e uma pontuação de 4 é atribuída ao item escolha de resposta “*Very like me*”. Os itens 3, 6, 8, 13, 18, 21, 24, 29 estão redigidos de forma negativa no que se refere à capacidade de envolvimento em ações de autocuidado, pelo que a sua pontuação é revertida. Uma pontuação mais elevada indicada um elevado grau de capacidade exercer ações de autocuidado.

Os dados para análise de constructo e validação discriminantes, foram obtidos a partir de três estudos, nos quais foi utilizada a escala ESCA ( $n = 506$ ). A amostra A era composta por mulheres entre as 32 a 40 semanas de gestação ( $n = 100$ ), a amostra B por adolescentes saudáveis ( $n = 110$ ) e a amostra C por docentes, funcionários e estudantes universitários ( $n = 296$ ). Os domínios e os seus itens foram determinados estatisticamente, e concetualmente foram analisados por um painel de cinco enfermeiras peritas no domínio do autocuidado. O domínio *Autoconceito* inclui os itens 2, 4, 7, 9, 17, 22, 27, 28, 29, 30, 33 e 35, com coeficientes que variaram entre .40 e .63. Estes itens integram termos associados à autoestima, valor próprio e autoconfiança. O domínio *Iniciativa e responsabilidade* inclui os itens 1, 5, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 19, 23, 25 e 34, que estão conectados a uma atitude de agir por iniciativa própria e responder pelas próprias ações. Os coeficientes que variaram entre .40 e .62. Os itens 18, 20, 26, 31 e 32 integram o domínio *Conhecimento e procura de informação*, cujos coeficientes variaram entre .53 e .67. Os itens 3, 6, 8, 13, 21 e 24 integram o domínio *Passividade*, e transmitem

a ideia de que um agente de autocuidado que está ciente de seus recursos de autocuidado, mas opta por não ativá-los. Os coeficientes variaram entre .50 e .68.

A consistência interna da escala total foi de  $\alpha = .904$  (*Autoconceito*  $\alpha = .813$ , *Iniciativa e Responsabilidade*  $\alpha = .815$ , *Conhecimento e Pesquisa de informação*  $\alpha = .761$  e *Passividade*  $\alpha = .730$ ). As correlações entre fatores variaram de .31 a .57, indicando que os fatores e itens não são muito semelhantes ou redundantes.

Esta escala já foi usada num estudo desenvolvido por Callaghan (2006) na população idosa obtendo-se valores de *alfa* para a escala total e as subescalas variaram entre de .70 a .89.

### 2.1.1 População/Amostra

A amostra é composta por 625 pessoas idosas do Distrito de Santarém com idade igual ou superior a 65 anos, que preencheram os seguintes critérios: a) aceitarem participar voluntariamente no estudo; b) residirem em contexto domiciliário; c) apresentarem condições mentais que possibilitem compreender o conteúdo do questionário [definidas pelo *Mini Mental State Examination*<sup>15</sup>].

Utilizada uma amostragem por bola de neve, constituídas por amostragem não probabilística por conveniência. Os sujeitos foram recrutados na rede de relações de proximidade do investigador com elementos da sua comunidade e vizinhança, pelo método descrito na metodologia científica como *Snowball*. Para tal identificaram-se indivíduos que, individualmente ou sendo elementos constituintes de um grupo pudessem oferecer acesso à população alvo do estudo, assegurando assim uma maior diversidade de contactos.

Para o efeito, o elemento da comunidade ou vizinhança, questionou o sujeito se este estava disponível para falar com o investigador. Em caso afirmativo, o

---

<sup>15</sup> MMSE foi desenvolvido Folstein, Folstein e McHugh, (1975) para avaliação global das funções cognitivas. Instrumento de administração fácil e rápida (5 a 10 minutos), amplamente validado para diferentes populações e utilizado em contexto clínico e de investigação. A escala é composta por 11 itens que avaliam as seguintes capacidades cognitivas: orientação; retenção; atenção e cálculo; evocação; linguagem e habilidade construtiva. A pontuação mínima é de 0 e a máxima de 30. A leitura dos resultados deve ter em consideração a escolaridade do indivíduo. Considera-se que a pessoa apresenta deficit cognitivo se: analfabetos apresentarem um score total  $\leq$  a 15 pontos; de 1 a 11 anos de escolaridade um total  $\leq$  a 22 pontos; e escolaridade superior a 11 anos com o ponto de corte de 27 pontos. Em Portugal, a tradução e adaptação cultural do instrumento foi realizada por Guerreiro e colaboradores em 1994 e, em 2009 Morgado e colaboradores efetuaram uma atualização dos dados normativos (Freitas et al, 2013).

investigador entrou em contacto com os elementos da população alvo informando sobre a natureza e objetivos do estudo, convidando-os a participar.

A todos os sujeitos que concordaram participar no estudo foi explicitado pelo investigador, os aspetos referentes aos custos e benefícios do seu envolvimento, a necessidade de obtenção de consentimento informado e aspetos referentes ao preenchimento do questionário. Após obtenção do consentimento informado, foi aplicado em primeiro lugar o instrumento MMSE, como critério de inclusão dos sujeitos na amostra. De seguida, os sujeitos que não apresentaram score: “defeito cognitivo” na MMSE foi aplicado um questionário, que inclui na primeira parte a ESCA na versão traduzida e na segunda parte os aspetos referentes à autoperceção do estado de saúde e da caracterização sociodemográfica, através de um instrumento elaborado pelo investigador, no qual era solicitado que assinalassem a idade, género, coabitação, nível de escolaridade.

Segundo Hill & Hill (2000), na estimação por meio da «Regra do Polegar» para análise fatorial, o tamanho mínimo da amostra nunca deve ser inferior a 50. Quando o investigador quer analisar K variáveis ( $K > 15$ ), o tamanho mínimo da amostra deve ser  $N = 5K$ .

A Amostra ( $N = 625$ ) é constituída por pessoas com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos, com uma média de 75.18 anos ( $DP = 6.818$ ). O grupo etário dos  $\geq 65$  aos 74 anos representam 49%, os dos  $\geq 75$  aos 84 anos 40.8% e os  $\geq 85$  anos representam 10.2%. A maioria (67.2%) são do género feminino e 32.8% do género masculino. No que se refere à coabitação, 59.4% referem viver com companheiro, 24.3% vivem sozinhos e os restantes vivem com o filho(a) e/ou outros elementos do núcleo familiar. Quanto à escolaridade, a maioria frequentou ou concluiu o ensino primário (58.7%), seguido dos que frequentaram ou concluíram o Ensino Secundário (30.2%). Com menor representatividade encontram-se os que têm habilitações de nível superior (7.4%) e os que nunca frequentaram a escola (3.7%).

Relativamente à autoperceção do estado de saúde, a maioria refere sentir-se com capacidade para realizar atividades habituais de cuidar de si, apesar da doença (55.5%); 35.5% referem sentem-se saudáveis e 9 % afirmam serem incapazes de realizar atividades habituais de cuidar de si, necessito da ajuda de outra(s) pessoa(s).

### **2.1.2 Tradução e Retroversão**

A tradução de um instrumento deve manter rigorosamente o significado original dos itens, sem ambiguidades ou dificuldades de leitura. O objetivo é conseguir um instrumento que mantenha a equivalência semântica, idiomática, conceitual e psicométrica, sendo a tradução e retroversão independente a técnica utilizada para garantir esta qualidade.

Neste processo foram consideradas 5 etapas enunciadas por Ramada-Rodilla et al. (2013): tradução por dois tradutores bilingues; síntese das traduções; retroversão; solução consensual do processo de tradução por um comitê de peritos e pré-teste.

A tradução de inglês para português foi realizada por dois tradutores bilingues cuja língua materna é o português. Um dos tradutores tem experiência prévia em tradução técnica de textos, teve conhecimento do objetivo do instrumento e construto que lhe está subjacente. O outro tradutor não teve conhecimento prévio dos objetivos do instrumento e possui experiência prévia de tradução de instrumentos. Compararam-se as duas traduções, cujas discrepâncias foram objeto de análise pelos investigadores em reunião com os tradutores, chegando a uma versão consensual da tradução. Posteriormente, procedeu-se a retroversão independente por tradutor bilingue cuja língua materna é a do autor do instrumento original e que não tinha conhecimento dos objetivos do estudo, versão original do instrumento, ou contato com o trabalho desenvolvido pelos outros tradutores.

O passo seguinte foi desenvolver uma solução consensual do processo de tradução (considerando a versão original, tradução e retroversão), mobilizando peritos na área e tradutor bilingue perito em processos de tradução de instrumentos. Apenas se constatou uma diferença subtil de significado nas questões 17 e 19 que após reflexão deu lugar a uma tradução cujo resultado final se apresenta sem diferenças semânticas ou conceituais relevantes entre o questionário original e a versão traduzida.

Para avaliar possíveis dificuldades de compreensão das instruções do questionário, das questões e das opções de resposta, o investigador desenvolveu um pré-teste da versão traduzida. Para o efeito foi disponibilizado um documento

dividido em 3 áreas: uma com a ESCA, outra com um questionário elaborado pela investigadora focado na avaliação da auto percepção do estado de saúde e caracterização sociodemográfica dos participantes (idade, género, coabitação, nível de escolaridade) e ainda uma área para que cada participante pudesse registar as dúvidas ou alterações que considerasse necessárias. O investigador anotou os comentários realizados. Nas situações em que as pessoas não sabiam ler o investigador procedeu à leitura do instrumento. Participaram 45 pessoas idosas com características semelhantes à população alvo e com diferentes níveis de escolaridade.

Os resultados obtidos revelam uma compreensão adequada dos itens, havendo pontualmente necessidade de clarificar o conceito promoção da saúde expresso no item 24 “*A promoção da saúde é uma coisa que me acontece por acaso*”. As instruções à escala revelaram-se adequadas. As opções de resposta ao item: “Muito parecido comigo”; “Um pouco parecido comigo”; “Indeciso”; “Um pouco diferente de mim” e “Muito diferente de mim”, foram frequentemente comentados como fazendo pouco sentido face a alguns dos itens apresentados, tornando difícil a seleção da resposta.

No aspeto gráfico do instrumento também foram enunciados constrangimentos, nomeadamente a mancha de texto causada pelas opções de resposta aos itens tornando o seu preenchimento desmotivador e passível de induzir em erro os respondentes.

Desta análise resultou mudança nas opções de resposta na escala de *likert* de 5 pontos que passaram a ser “Concordo totalmente”; Concordo; “Não concordo/Nem discordo”; “Discordo” e “Discordo totalmente”. Ainda que cientes da relevância de manter o aspeto gráfico tanto quanto possível semelhante ao original, mas não perdendo de vista o intuito de minimizar o erro e facilidade de preenchimento, optou-se por proceder a alterações no aspeto gráfico da escala *likert*. Esta passou a ser representada por uma linha contínua no qual estão integradas no ponto de resposta abreviatura da mesma. Na nota introdutória ao questionário foi introduzida uma explicitação sobre a escala *likert*. As alterações introduzidas revelaram-se adequadas em novas aplicações-piloto.

### 2.1.3 Procedimentos de colheita de dados

Os dados foram recolhidos através de questionário apresentado em formato de papel, constituído por duas áreas: a primeira área diz respeito à avaliação da capacidade da pessoa para se envolver em ações de autocuidado e uma segunda área referente à autoperceção do estado de saúde e caracterização sociodemográfica dos participantes (Anexo I), entre setembro e novembro de 2019.

O investigador esteve presente ao longo do processo, estando disponível para esclarecimento de linguagem inclusa no questionário e/ou preenchimento do mesmo, bem como, para ajudar os participantes que não sabiam ler e/ou tinham alterações da acuidade visual. De modo a garantir a privacidade dos envolvidos, foi combinado previamente com estes um local à sua escolha.

Uma análise preliminar à fiabilidade da ESCA, com 250 indivíduos (174 realizaram autopreenchimento e 76 solicitaram ajuda do investigador para preenchimento do questionário), constatou-se que a consistência interna da escala total calculada através do *Alfa de Cronbach* que acima de .80 (.851 no grupo que realizou autopreenchimento e .848 no outro).

Os dados acima, associados a uma análise fatorial exploratória (AFE) com uma solução de 4 fatores, mas requerendo a extração de 6 itens, revelam uma confiabilidade adequada do instrumento aplicado. No entanto, de modo a aumentar a adequação da amostra à realização da AFE, optou-se por continuar os procedimentos de recolha de dados obtendo um  $n= 625$ , considerando que para Comrey e Lee (1992, in Sousa et al., 2015) na classificação de adequação da amostra à realização de AFE é considerada:  $n=50$ : Muito pobre;  $n=100$ : Pobre;  $n=200$ : Razoável;  $n=300$ : Bom e  $n=500$ : Muito bom.

Para estudo das propriedades psicométricas da *Exercise of Self-Care Agency – ESCA* de Kearney & Fleischer (1979) revista por (Riesch & Hauck, 1988) depois de traduzida e adaptada para Portugal, foram efetuados estudos de fidelidade através do coeficiente *alfa de Cronbach* ( $\alpha$ ) e de validade de conteúdo através da análise fatorial, descrevendo-se o procedimento específico em subcapítulo próprio.

#### **2.1.4 Procedimentos formais e éticos**

Com o intuito de proteger os direitos e liberdades das pessoas envolvidas, bem como, a garantia da propriedade intelectual produzida, foram adotados os seguintes procedimentos éticos e formais:

- Obtida autorização do autor da edição revisada da *Exercise of Self-Care Agency – ESCA* para tradução e validação do instrumento para a população Portuguesa, e posterior utilização da mesma.
- Parecer favorável da comissão de ética para a saúde da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, que entendeu estarem reunidas as condições para concretização do estudo (Proc.086/CES/INV/2018 - Anexo II).
- Obtenção de consentimento informado dos participantes do estudo, no qual se explicitou: o âmbito do estudo; objetivos; proteção do anonimato e confidencialidade da informação obtida; opção de participar e retirar-se do estudo, sem que isso lhe acarretasse nenhuma penalidade ou perda de benefícios; medidas de segurança da informação e prazo de conservação da informação

## **2.2 ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE BEM-ESTAR ESPIRITUAL E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO**

### **2.2.1 População/Amostra**

Da população alvo do estudo constituída por pessoas idosas do Distrito de Santarém com idade igual ou superior a 65 anos que preenchiam os seguintes critérios: a) aceitarem participar voluntariamente no estudo; b) residirem em contexto domiciliário; c) serem atendidos em Centros de Dia do Distrito de Santarém e no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) - Médio Tejo; d) não apresentarem condições mentais que impossibilitem compreender o conteúdo do questionário [definidas pelo *Mini Mental State Examination* (MMSE) - Excluir sujeitos com score: “defeito cognitivo”], constitui-se uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 400 indivíduos.

A seleção do método de amostragem direcionada à heterogeneidade, constituída por amostragem não probabilística por conveniência permitiu aceder de forma fácil e rápida aos indivíduos pertencentes à população alvo. Segundo Alferes (2002), a amostragem direcionada à heterogeneidade, constitui-se numa amostra não-probabilística de conveniência ou intencional, procurando garantir a sua heterogeneidade ou diversidade.

Para Fortin (2009) os métodos de amostragem não probabilística, como não são representativos da população alvo, os resultados e conclusões apresentadas apenas se aplicam à amostra em estudo. Indicações que serão tidas em consideração na apresentação das conclusões do estudo.

No que diz respeito à dimensão da amostra para um tratamento estatístico adequado, Pais-Ribeiro (2010) refere que em amostras não probabilísticas é recomendado uma dimensão da amostra acima de 300.

A seleção da área geográfica onde decorreu o estudo esteve relacionado com a acessibilidade à população alvo por parte do investigador, assim como à disponibilidade das instituições para participarem no estudo. Contudo de modo a garantir a heterogeneidade da amostragem, na escolha das unidades houve a preocupação de selecionar unidades integradas em meio rural e em meio urbano e em diferentes locais.

Em resultado destes procedimentos, a amostra integra 400 pessoas idosas, sendo 274 (68.5%) pertencentes ao sexo feminino e 126 (31.5%) ao sexo masculino. As idades variam entre um mínimo de 65 e um máximo de 97 anos ( $M = 75.52$  anos;  $DP = 7.16$ ).

Não frequentaram a escola 17 destas pessoas (correspondentes a 4.3% da amostra) e 245 (61.3%) frequentaram apenas o Ensino Primário. Possuem o Ensino Secundário 109 pessoas idosas (27.3) e 29 (7.3%) possuem o Ensino Superior.

A maioria das pessoas idosas vive com um companheiro/a (233 pessoas idosas, correspondentes a 58.3% da amostra), 94 vivem sós (23.5%) e 73 (18.3%) vivem com os filhos, familiares ou outras pessoas significativas. Entre os que vivem sós, 9 (9.6%) são do género masculino e 85 (90.4%) pertencem ao género feminino.

Ao nível da autoperceção do estado de saúde, 220 pessoas idosas (correspondentes a 55.0% da amostra) referem sentir-se com capacidade para

cuidar de si, apesar da doença; 134 (33.5%) consideram-se saudáveis e 46 (11.5%) afirmam sentir-se incapazes de cuidar de si, necessitando do apoio de outrem. Entre as pessoas idosas com autoperceção de incapazes de cuidar de si, 11 (23.9.6%) são do género masculino e 35 (76.1%) do género feminino.

Para uma análise mais detalhada da caracterização da amostra por grupos etários, foram constituídos três grupos, de acordo com o defendido pela European Union (2020) e Taylor (2011). O primeiro grupo inclui os participantes com idades compreendidas entre 65 e os 74 anos o qual denominamos como idoso jovem; o segundo grupo integra participantes dos 75 aos 84 anos, denominado como idoso, e o terceiro denominado de muito idoso, integra os participantes com idade igual ou superiores a 85 anos. O grupo referente ao idoso jovem representa 47,8%, o dos idosos 39,7% e os muito idosos 12,5% (ver Tabela 1).

Tabela 1  
*Caraterização dos participantes segundo a idade (anos) e por grupos etários*

Idade (anos)						Grupos etários					
						Idoso Jovem		Idoso		Muito idoso	
N	%	Min.	Máx.	X	DP	N	%	N	%	N	%
400	100	65	97	75.4	7.19	191	47.8	159	39.8	50	12.5

A maioria dos participantes são do género feminino (68,5%) e 31,5% do género masculino (Tabela 2).

Tabela 2  
*Caracterização dos participantes relativamente ao género*

Género	N	%
Masculino	126	31.5
Feminino	274	68.5
Total	400	100

Através da Tabela 3, podemos constatar pelo teste de Qui-quadrado não existirem diferenças significativas entre os grupos etários constituídos e o género ( $\chi^2=5,004$ ;  $p > .05$ ).

Tabela 3  
Distribuição, percentagem e Qui-quadrado dos participantes por grupos etários

Grupos etários	Género						$\chi^2$	p
	Masculino		Feminino		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Idoso jovem	58	46	133	48.5	191	47.8	5.004	.082
Idoso	58	46	101	36.9	159	39.8		
Muito idoso	10	7,9	40	14.6	50	12.5		
Total	126	100	274	100	400	100		

Quanto à escolaridade, a maioria dos participantes refere ter frequentado ou concluído o ensino primário (61,3%), seguido dos que frequentaram ou concluíram o ensino Secundário (27,3%). Com menor representatividade encontram-se os tem habilitações de nível superior (7,2%) e os que nunca frequentaram a escola (4,3%). O teste de Qui-quadrado revelou existir associação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade e o género ( $\chi^2 = 8,862$ ;  $p < .05$ ). A frequência ou conclusão do ensino secundário ou habilitações de nível superior é mais elevada no género masculino (35,7% e 8,7% respetivamente) (Tabela 4)

Tabela 4  
Distribuição, percentagem e Qui-quadrado dos participantes por escolaridade

Escolaridade	Género						$\chi^2$	p
	Masculino		Feminino		Total			
	N	%	N	%	N	%		
Nunca frequentou a escola	3	2.4	14	5.1	17	4.3	8.862	.031
Frequentou ou concluiu o ensino primário	67	53.2	178	65	245	61.3		
Frequentou ou concluiu o ensino secundário	45	35.7	64	23.4	109	27.3		
Habilitação de nível superior	11	8.7	18	6.6	29	7.2		
Total	126	100	274	100	400	100		

No que se refere à coabitação, a maioria dos participantes refere viver com companheiro (58.3%), 23.5% vivem sozinhos e os restantes vivem com o filho(a) e/ou outros elementos do núcleo familiar [tais como a mãe, irmã, sobrinho(s) ou

neto(s)]. O teste do Qui-quadrado, mostrou existir associação entre coabitação e género ( $\chi^2=37.303$ ;  $p< .001$ ). A maioria dos participantes do género masculino vivem com a companheira (79.4%). por outro lado, são as participantes do género feminino %) (ver

Tabela 5), que maioritariamente referem viver sozinhas (31%).

Tabela 5  
*Distribuição, percentagem e Qui-quadrado dos participantes por coabitação*

Coabitação	Género				Total		$\chi^2$	$p$
	Masculino		Feminino		N	%		
	N	%	N	%				
Só	9	7.1	85	31.0	94	23.5	37.303	.000
Companheiro(a)	100	79.4	133	48.5	233	58.3		
Filho(a) e/ou outro(s) elementos família	17	13.5	56	20.4	73	18.3		
<i>Total</i>	126	100	274	100	400	100		

## 2.2.2 Instrumento de Recolha de Dados

Os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário constituído por três áreas: a primeira área diz respeito à avaliação do Bem-estar Espiritual, no qual foi utilizado a *Spiritual Assessment Scale* – SAS traduzida e validada para população Portuguesa por Rego (2008); a segunda área é de avaliação da capacidade da pessoa para se envolver em ações de autocuidado, através da *Exercise of Self-Care Agency* - ESCA de (Kearney & Fleischer, 1979) revista por Riesch e Hauck (1988) depois de traduzida e validada para a população Portuguesa; e uma terceira área referente à autoperceção do estado de saúde e caracterização sociodemográficas dos participantes, através de um instrumento elaborado pelo investigador, no qual foi solicitado que assinalassem a idade, género, coabitação, nível de escolaridade (ver Anexo III).

A *Spiritual Assessment Scale* (SAS), foi desenvolvida por Mary Elizabeth O'Brien (1999) para avaliar o bem-estar espiritual, considerando a conceptualização de bem-estar espiritual proposta por David Moberg em 1979 (O'Brien, 2014). O instrumento proporciona uma visão ampla e geral da opinião pessoal da fé da pessoa, do tipo de suporte espiritual que recebe das práticas religiosas, e o tipo e

o grau de paz/angústia espiritual que experimenta naquele momento (Rego, 2008). A dimensão da espiritualidade do *Spiritual Well-Being* é avaliada nos termos dos conceitos da Fé Pessoal e Paz Espiritual, a religiosidade do constructo é refletida no conceito da Prática Religiosa (O'Brien, 2014). A SAS assume a crença num Ser Supremo ou Deus, existindo uma referência a Deus em quase todos os itens.

A SAS é constituída por 21 itens, organizados em três subescalas: Fé Pessoal (7 itens); Prática Religiosa (7 itens) e Paz Espiritual (7 itens). As respostas aos itens são apresentadas segundo uma escala de Likert de cinco pontos [CT – concorda totalmente; C – concorda; I – indeciso; D – discorda; DT – discorda totalmente]. A SAS está construída de maneira que quanto maior a pontuação obtida, melhor é, na globalidade, o Bem-estar espiritual do sujeito.

De modo a reduzir ao mínimo o enviesamento, as duas primeiras subescalas são expressas de forma positiva, em que o “concordo totalmente” corresponde a 5 pontos, o “concordo” a 4 pontos, o “indeciso” a 3 pontos, o “discordo” a 2 pontos e o “discordo totalmente” corresponde a 1 ponto. A terceira subescala é exposta de forma negativa; para a análise estatística, os *scores* são invertidos (Rego, 2008).

Os valores da escala, no global variam entre um score mínimo de 21 e máximo de 105 e nas subescalas entre 7 e 35. O'Brien (2014) refere que a média do total da escala ou das subescalas refletem o forte sentido positivo da sensação de Bem-estar espiritual.

A escala na sua versão original demonstra bons níveis de consistência interna para a escala na globalidade e nas diferentes subescalas, com coeficiente *alfa de Cronbach* de: (Fé pessoal= .89; Prática religiosa= .89; Paz espiritual= .76; global= .92). A tradução e validação para população portuguesa realizada por Rego (2008), em pessoas adultos e idosas com doença oncológica, diverge da apresentada por O'Brien (1999), sendo constituída por 19 itens, uma vez que os itens 17 e 18 apresentaram correlações inferiores a .20, no entanto o instrumento mantém as mesmas dimensões da escala original. O coeficiente *alfa de Cronbach*, tal como no estudo original, apresenta consistência interna elevada (Fé pessoal= .95; Prática religiosa= .82; Paz espiritual= .92; global= .89).

A partir do instrumento traduzido e adaptado, foram analisadas as características da SAS noutras populações: Coelho (2011) em pessoas com esclerose múltipla,

Roldão (2014) em familiares cuidadores de pessoas idosas com dependência física, Castelo Branco (2015) em pessoas hospitalizadas e Melo (2015) em pessoas com diabetes tipo 2.

Apesar de a escala apresentar boas qualidades psicométricas para a escala global e subescalas, assume comportamentos diferentes nas populações estudadas. Face a isto, na população em estudo, procedeu-se à análise das propriedades psicométricas da SAS, na versão traduzida por Rego com os 21 itens e mantendo as três dimensões (Fé pessoal, Prática religiosa e Paz espiritual, cada uma com os 7 itens), cujas propriedades psicométricas se analisam de seguida.

Para análise das propriedades psicométricas da SAS, procedeu-se à análise da validade de constructo da escala com 21 itens, considerando o método de análise de correspondências das componentes principais, começando por estimar o valor máximo da correlação de cada variável com as outras variáveis. Analisada a matriz de correlações, constatou-se que a correlação total dos itens variou entre .386 e .780, à exceção dos itens 10, 15, 17 e 18 que apresentaram correlações inferiores a .20 com outros Itens (.090; .017; .148 e .108 respetivamente). Uma vez que se aceitam como boas as correlações superiores a .20 (Marôco, 2014), estes itens foram extraídos.

Na análise fatorial da SAS constituída por 17 itens, foi utilizado o teste de esfericidade de *Bartlett's* (4392.996,  $p < .001$ ) e Medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de adequação da amostragem. Com um valor de KMO= .911, a adequação da amostra quanto ao grau de correlação parcial entre as variáveis foi considerada muito boa, evidenciando que a análise fatorial se tornou adequada. Segundo Marôco (2014) valores de KMO ]0.9; 1.0] são considerados Excelentes; ]0.8; 0.9] Bons; ]0.7; 0.8] Médios; ] 0.6; 0.7] Medíocres; ] 0.5; 0.6] maus, mas ainda aceitáveis e  $\leq 0.50$  Inaceitáveis. Como  $p < .001$  considera-se que a matriz de correlações não é uma matriz identidade.

A extração de fatores foi realizada com recurso à rotação ortogonal com o método de rotação varimax. Pela análise do gráfico de *Scree Plot* foram extraídos 3 fatores que simultaneamente representam 66.333% da variância total e com valor próprio (*eigenvalue*) superior a 1. A solução de três fatores é suportada teoricamente pela autora do instrumento, o que consolidou a opção de extrair 3

fatores. O primeiro fator explica 48,288% da variância total, o segundo 11.724% e o terceiro 6.320%.

As distribuições de respostas aos itens da escala (média e desvio-padrão), comunalidades e correlações de item total corrigidas, encontram-se expressos na Tabela 6. Os valores das comunalidades variam entre .390 e .817. Os valores de correlação total dos itens com os outros itens variaram entre .319 e .817, com 11 itens a apresentarem correlações superiores a .50, consideradas elevadas.

Tabela 6  
*Estatística descritiva itens da SAS (versão 17 itens), comunalidades e correlação item total corrigida*

Item	h <sup>2</sup>	Média	D.P.	Correlação item total corrigida
1 Há um ser supremo, ou um Deus, que criou a humanidade e que cuida de todas as criaturas	.652	4.510	.855	.665
2 Eu estou em paz com Deus	.728	4.660	.725	.699
3 Confio que Deus olha por mim	.817	4.577	.806	.776
4 Creio que Deus cuidará do futuro.	.655	4.370	.964	.747
5 Acredito que Deus se interessa por todas as atividades da minha vida.	.791	4.320	.959	.817
6 Creio que Deus cuidará do futuro	.765	4.315	.994	.801
7 As minhas crenças espirituais apoiam uma imagem positiva de mim próprio e dos outros, como filhos de Deus.	.542	4.312	.998	.670
8 Pertencer a uma igreja ou grupo de fé é uma parte importante da minha vida	.686	4.052	1.343	.754
9 Sou fortalecido por participar nos serviços religiosos.	.726	3.592	1.540	.654
11 Sou apoiado pela relação com amigos ou familiares que partilham as minhas crenças religiosas	.390	3.922	1.309	.474
12 Recebo conforto e apoio de um companheiro espiritual, por exemplo, um sacerdote ou amigo	.647	2.827	1.673	.432
13 A minha relação com Deus é fortalecida pela oração pessoal	.627	4.182	1.268	.728
14 Ler ou pensar em coisas religiosas ou espirituais ajudam-me a comunicar com Deus	.694	4.042	1.307	.755
16 Sinto-me longe de Deus	.575	4.210	1.195	.418
19 Sinto-me zangada/o com Deus por permitir que "coisas más" me aconteçam a mim ou às pessoas de quem gosto	.632	4.315	1.165	.319
20 Sinto que perdi o amor de Deus	.666	4.562	.920	.453
21 Acredito que não há esperança de obter o amor de Deus.	.682	4.602	.920	.447

Na estrutura fatorial e respetivos *loadings* da SAS, constatamos que apenas um item apresenta carga fatorial de .483. Todos os outros apresentam cargas fatoriais acima de .50, consideradas estatisticamente significativas. No que diz respeito à correlação de item total corrigida, nas subescalas Fé pessoal e Paz espiritual todos os itens apresentam correlações fortes, com valores a variar de .536 a .847. Na subescala Prática religiosa, três itens também apresentam correlações fortes, apenas o item 11 apresenta uma correlação .481 (Tabela 7).

Tabela 7

*Matriz fatorial dos itens da escala SAS (versão 17 itens) e Correlação item total corrigida associada ao fator*

Item		Matriz de componente rotativa			Correlação item total corrigida		
		Fatores			Fatores		
		1	2	3	1	2	3
3	Confio que Deus olha por mim	<b>.862</b>	.186	.198	.825		
2	Eu estou em paz com Deus	<b>.794</b>	.061	.305	.714		
5	Acredito que Deus se interessa por todas as atividades da minha vida.	<b>.790</b>	.365	.183	.847		
6	Creio que Deus cuidará do futuro.	<b>.782</b>	.322	.222	.832		
1	Há um ser supremo, ou um Deus, que criou a humanidade e que cuida de todas as criaturas	<b>.781</b>	.191	.078	.711		
4	Creio que Deus cuidará do futuro.	<b>.685</b>	.315	.294	.761		
13	A minha relação com Deus é fortalecida pela oração pessoal	<b>.620</b>	.460	.176	.749		
14	Ler ou pensar em coisas religiosas ou espirituais ajudam-me a comunicar com Deus	<b>.613</b>	.550	.125	.769		
7	As minhas crenças espirituais apoiam uma imagem positiva de mim próprio e dos outros, como filhos de Deus.	<b>.610</b>	.383	.154	.681		
12	Recebo conforto e apoio de um companheiro espiritual, por exemplo, um sacerdote ou amigo	.089	<b>.799</b>	.026		.541	
9	Sou fortalecido por participar nos serviços religiosos.	.341	<b>.774</b>	.102		.693	
8	Pertencer a uma igreja ou grupo de fé é uma parte importante da minha vida	.529	<b>.607</b>	.195		.659	
11	Sou apoiado pela relação com amigos ou familiares que partilham as minhas crenças religiosas	.392	<b>.483</b>	-.054		.481	
19	Sinto-me zangada/o com Deus por permitir que “coisas más” me aconteçam a mim ou às pessoas de quem gosto	.002	.139	<b>.783</b>			.536
20	Sinto que perdi o amor de Deus	.277	-.003	<b>.767</b>			.643
16	Sinto-me longe de Deus	.137	.172	<b>.726</b>			.547
21	Acredito que não há esperança de obter o amor de Deus.	.387	-.129	<b>.718</b>			.616

Nota: Fator 1 – Fé pessoal; Fator 2 – Prática religiosa; Fator 3 – Paz espiritual

A fiabilidade da SAS nesta versão com 17 itens e das respetivas subescalas foi avaliada pela consistência interna, apresentando *alfa de Cronbach* para a escala global de .916, de .933 para a Fé pessoal, de .782 para Prática religiosa e Paz espiritual de .773.

Para avaliar a independência dos fatores e homogeneidade do instrumento, foram analisadas as correlações entre os 3 fatores e escala global, conforme apresentado na Tabela 8, verificando-se que os coeficientes de *correlação de Pearson* variaram entre .250 e .946. Apenas a associação entre a dimensão da prática religiosa e a dimensão da paz espiritual é considerada baixa. Todas as dimensões da SAS apresentam correlações estatisticamente significativas ( $p < .01$ ) com o total.

Tabela 8  
*Matriz de intercorrelações Correlações entre escala SAS e seus fatores*

	1	2	3	4
1. <i>Spiritual Assessment Scale</i> (Escala global)	1	.946**	.830**	.610**
2. F1 – Fé pessoal		1	.704**	.456**
3. F2 – Prática religiosa			1	.250**
4. F3 – Paz espiritual				1

\*\* Sig. (2 extremidades) no nível  $p < .001$

Em resultado do nosso estudo, a avaliação das propriedades psicométricas da *Spiritual Assessment Scale* (SAS) na população em estudo, revelam um instrumento constituído por 17 itens, o que diverge da autora O'Brien que é constituída por 21 itens e o da versão traduzida e adaptada por Rego, constituída por 19 itens, mas mantem três fatores conceptualmente convergentes com a teoria subjacente. Os valores de *alfa de Cronbach* (escala global = .916 e subescala entre .773 e .933) revelam um instrumento fiável e preciso, que permitindo avaliar o Bem-estar espiritual.

Analisando as estatísticas descritivas da SAS e respetivos fatores na amostra estudada constatamos que o Bem-estar espiritual apresenta uma média de 67.04 (DP = 12.27). O valor mínimo de Bem-estar espiritual é 22.06 e o máximo de 80.29, num possível score total de 85. Na subescala fé pessoal o valor médio é de 35.69

(DP = 6.34), num possível score de 45. Na subescala Prática religiosa o valor médio é de 12.27 (DP = 3.69) e na subescala Paz espiritual o valor médio é de 14.45 (DP = 2.65), num possível score total de 20.

### **2.2.3 Procedimentos de recolha de dados**

Relativamente ao acesso às instituições, nos centros de dia o primeiro contacto foi efetuado através da provedoria ou do presidente da direção, que posteriormente indicaram um elemento de referência a contactar. Para o acesso às unidades pertencentes ao ACES Médio Tejo, foi realizada previamente uma reunião com a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Supervisora na qual foram projetadas as unidades onde seria possível decorrer o estudo, bem como, os elementos a contactar em cada uma delas. Posteriormente foram contactados os coordenadores dessas unidades, os quais indicaram o(s) os enfermeiros de referência, dias/horário disponíveis para a realização da colheita de dados.

Em cada unidade foi realizada uma reunião com o(s) elemento(s) de referência, na qual se explicitaram os procedimentos a serem seguidos para convite à participação de livre vontade de pessoas alvo no estudo, bem como, à necessidade de obtenção de declaração de compromisso na referenciação dos participantes. De modo a garantir a privacidade dos envolvidos, em cada unidade, foi-nos cedida uma sala para que fosse possível a realização da colheita de dados.

Relativamente aos procedimentos de colheita de dados, o primeiro contacto com os elementos da população alvo foi realizado por um elemento de referência do Centro de Dia e, no caso das unidades pertencentes ao ACES - Médio Tejo, pelo enfermeiro, os quais informaram sobre o âmbito, os objetivos do estudo, convidando-os a participar. A todos os sujeitos que concordaram participar no estudo, o investigador procedeu à explicitação dos aspetos referentes aos custos e benefícios do seu envolvimento, preenchimento de questionários (incluindo a aplicação do MMSE para constituição da amostra), bem como dos aspetos inerentes à recolha de questionários e à necessidade de obtenção de consentimento informado.

Após obtenção do consentimento, foi aplicado o instrumento MMSE, para inclusão dos sujeitos na amostra. Aos sujeitos que não apresentaram score:

“defeito cognitivo” na MMSE, foi aplicado pelo investigador o questionário atrás mencionado.

Os dados foram colhidos em 6 centros de dia localizados nos concelhos de Santarém, Entroncamento e Torres Novas. No caso do ACES - Médio Tejo, os dados foram colhidos antes ou depois da consulta de enfermagem nos concelhos de Abrantes, Entroncamento, Tomar, Torres Novas e Ourem (no âmbito do Plano Nacional de Vacinação, Programa Nacional para a Diabetes e Hipertensão Arterial) em 6 Unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e 8 Unidades de saúde familiar (USF).

O período de recolha de dados decorreu de dezembro de 2019 a agosto de 2020, com um interregno de aproximadamente quatro meses por impossibilidade de aceder às unidades de saúde em virtude das medidas de combate à pandemia da doença Covid-19. Face a esta realidade, procedeu-se a novos contactos e reagendamentos de datas/horários, mantendo-se os procedimentos de colheita de dados. Na interação do investigador com os participantes do estudo foram cumpridas todas as medidas de segurança decretadas pela Direção-Geral de Saúde para proteção dos profissionais e clientes.

Durante todo o período em que decorreu a colheita de dados, o investigador teve sempre presente, quer para aplicação da MMSE para constituição da amostra, quer para os procedimentos inerentes ao consentimento informado, o esclarecimento de linguagem incluída no questionário e/ou preenchimento do mesmo, ajudando os participantes que não sabiam ler, ou que por diferentes incapacidades assim o desejassem.

A amostra ficou assim constituída por 400 participantes, 47 recrutados em centros de dia e 353 em contexto de consultas de enfermagem do ACES.

#### **2.2.4 Procedimentos formais e éticos**

Para esta etapa do estudo, foram adotados os seguintes procedimentos éticos e formais:

- Autorização do autor do processo de tradução e validação para a população Portuguesa da escala *Spiritual Assessment Scale* – SAS de O’Brien (1999), para utilização da mesma.
- Parecer favorável da comissão de ética para a saúde da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, que entendeu estarem reunidas as condições para concretização do estudo (Proc.086/CES/INV/2018).
- Obtenção da declaração de compromisso na referenciação de participantes, que teve como intuito garantir uma participação livre e esclarecida, assim como, a confidencialidade das pessoas referenciadas.
- Obtenção de Consentimento informado, no qual foi explicitado: o âmbito do estudo; objetivos; proteção do anonimato e confidencialidade da informação obtida; opção de participar e retirar do estudo, sem que isso lhe acarretasse nenhuma penalidade ou perda de benefícios; medidas de segurança de informação e prazo de conservação da informação.

### 3 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Os dados obtidos foram tratados com recurso ao programa da IBM SPSS *Statistics Base*, na versão 27.0 para Windows.

A estatística descritiva (medidas de tendência central e medidas de dispersão) foi utilizada para caracterização da amostra. A assimetria e a curtose dos scores globais das escalas não mostraram valores que se afastassem excessivamente dos valores considerados ajustados para a assunção do pressuposto da normalidade (Finney & Distefano, 2006; Kline, 2011), dado termos obtido valores de  $|sk| \leq 1.8$  e de  $|ku| < 3.6$ . Para o cálculo das estatísticas descritivas e para a análise exploratória de dados consideram-se as publicações de Gil (2008), Marôco (2014, 2018), Pereira (2013) e Pestana e Gageiro (2014).

A fidelidade foi estimada pelo alfa de Cronbach (Cronbach, 1951), tanto para cada escala global como para as dimensões constituintes. Em geral, considerou-se o valor de .80 como indicador de uma boa consistência interna, apesar de termos em conta a indicação de Hair et al. (2009), que referem uma adequada consistência interna para coeficientes superiores a .70. As pontuações globais das escalas e respetivos fatores foram calculadas a partir dos somatórios dos itens constituintes para os estudos de validação, e a partir das médias dos itens constituintes para resposta às questões de investigação, com o intuito de tornar mais inteligível a comparação entre as pontuações de cada fator.

Correlações de Pearson foram utilizadas para analisar as associações entre as escalas de medida e de Spearman para as variáveis ordinais. A magnitude do efeito foi analisada de acordo com Cohen (1998): correlações baixas ( $|.10| \leq r <|.30|$ ), moderadas ( $|.30| \leq r <|.50|$ ) e altas ( $r \geq|.50|$ ).

Para a análise multivariada de variância (MANOVA, procedimento *General Linear Model*), foram verificados os pressupostos de independência das observações e homogeneidade de variância/covariância. Utilizámos o Traço de Pillai devido à sua robustez para violações modestas à normalidade e à homogeneidade das matrizes de covariância (*M* de Box) e variância do erro (testes de Levene), ao passo que, o Lambda de Wilks sempre que se verificou

homogeneidade. O eta parcial quadrado ( $\eta_p^2$ ) foi utilizado para cálculo da magnitude dos efeitos experimentais e o  $(1-\beta)$  para o poder da investigação (considerou-se como poder mínimo a pontuação de .80).

O teste das diferenças em função de variáveis com mais de três níveis (no caso da nossa investigação, as habilitações académicas), recorreremos ao cálculo de testes de comparação múltipla. O teste utilizado foi o de Games-Howell dado ter sido criado para variações e tamanhos de amostras desiguais sendo, também, dos testes mais utilizados quando as variâncias não são homogêneas.

No referente aos modelos estruturais, a qualidade do ajustamento foi avaliada pelos índices  $X^2/gf$  [*qui-quadrado/graus de liberdade*], ajustamento aceitável  $\leq 5$  / bom ajustamento  $\leq 2$  (Loehlin, 2004; Marôco, 2014; Schumacker & Lomax, 2012); NFI [*normed fit index*], bom ajustamento  $> .80$  (Bentler & Bonett, 1980; Schumacker & Lomax, 2012); CFI [*comparative fit index*], bom ajustamento  $> .90$  (Bentler, 1990); TLI [*Tucker-Lewis index*], ajustamento apropriado  $> .90$  (Brown, 2015); SRMR [*standardized root mean square residual*], ajustamento apropriado  $< .08$  (Brown, 2015) e RMSEA [*root mean square error of approximation*], bom ajustamento  $< .05$  / ajustamento aceitável  $< .08$  (Kline, 2011; Schumacker & Lomax, 2012; Steiger, 1990). Sempre que necessário, o aperfeiçoamento do ajustamento do modelo foi avaliado pelos índices de modificação [IM] (Bollen, 1989), tendo-se ponderado libertar os parâmetros com maiores valores e IM, quando tal se fez necessário para melhorar a qualidade do ajustamento do modelo fatorial. Adotámos a sugestão de Arbuckle (2013), que refere analisar os IM através da sua significação estatística, atendendo ao valor do erro de tipo I ( $\alpha = 0.05$ ). Outro critério utilizado baseou-se em Marôco (2014), que refere ser mais prudente modificar apenas parâmetros com  $IM > 11$  ( $p < 0.001$ ).

Com o objetivo de avaliar as trajetórias das dimensões do Bem-estar Espiritual na Capacidade de Autocuidado procedemos a uma análise da regressão linear múltipla multivariada, com estimação dos parâmetros pelo método da máxima verosimilhança, implementada no software AMOS (IBM SPSS Amos). Utilizámos a distância quadrática de Mahalanobis para avaliar a existência de outliers. Calculámos os VIF pelo programa SPSS, assegurando-nos da não existência de problemas de multicolinearidade entre os preditores (obtivemos valores de  $VIF < 2.38$ ).

O teste dos efeitos de moderação realizou-se através de regressões múltiplas hierárquicas, recorrendo a variáveis independentes estandardizadas (Marôco, 2014; Tabachnick & Fidell, 2013). Em seguida adicionou-se ao modelo o produto das variáveis estandardizadas, a fim de estudar o efeito de moderação (interação) e verificar a sua significação estatística. A representação gráfica dos efeitos de moderação obtidos foi feita através do ModGraph (José, 2013).

Para todas as análises estatísticas considerou-se um nível de significância estatística de  $p < .05$ .

## **CAPÍTULO II – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo, começamos por proceder à apresentação, análise e discussão dos resultados de validação da *Exercise of self-care agency scale* - versão Portuguesa. Em seguida, apresentaremos a análise dos resultados do estudo, no qual tínhamos como objetivos: analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e percepção do estado de saúde no Bem-estar Espiritual e na Capacidade de Autocuidado, bem como, analisar a relação entre o Bem-estar Espiritual e Capacidade de Autocuidado em pessoas idosas e, compreender a relação entre as dimensões do Bem-estar espiritual e as dimensões da capacidade de autocuidado.

Optamos, por, em simultâneo, proceder à discussão dos resultados que se apresentam com maior representatividade, enquadrando-os com a evidência científica de forma a dar visibilidade aos seus significados e às implicações para a área disciplinar de enfermagem.

### **1 VALIDAÇÃO DA EXERCISE OF SELF-CARE AGENCY SCALE - VERSÃO PORTUGUESA**

Para análise da validade efetuou-se a análise da validade de constructo através da análise fatorial exploratória. Analisada a matriz de correlações, todos os itens apresentaram correlações  $> .20$  com outros itens.

Para extração de fatores foram analisadas várias hipóteses, considerando o critério de Kaiser, o critério de *Scree Plot* e a percentagem de variância explicada. O número mínimo de fatores que nos permitiu explicar o fenómeno em estudo foram quatro. Na análise das comunalidades e variáveis pertencentes a cada fator, optou-se por proceder à eliminação do item 1 "Renunciaria de bom grado a alguns dos meus hábitos para melhorar a minha saúde"; item 4 "Sei como obter a informação que preciso quando me sinto com menos saúde", item 15 "Espero alcançar o meu ponto máximo de bem-estar", item 19 "Se não for bom(boa) para mim, acredito que não o posso ser para mais ninguém", item 25 "Tenho planeado um programa de descanso e exercício" e posteriormente o item 30 "Sei que alimentos devo comer

para me manter saudável” por apresentar carga fatorial inferior a .40, comunalidades baixas e correlações  $> .20$  e  $< .30$  com outros itens.

Após exclusão destes itens, repetiram-se os procedimentos de análise fatorial. Os resultados desta análise revelam que os 29 itens se organizam em 4 fatores com uma variância total explicada de 44% e com valor próprio (*eigenvalue*) superior a 1. A solução de 4 fatores é suportada teoricamente pela autora do instrumento, o que consolidou a opção de extrair 4 fatores. Ambos os testes de esfericidade de *Bartlett's* (5288,701,  $p < .001$ ) e a medida *Kaiser-Meyer-Olkin [KMO]* de adequação de amostragem (.890) foram considerados como bons, evidenciando que o modelo de análise fatorial se tornou adequado. O primeiro fator explica 24.42% da variância total, o segundo 8.22%, o terceiro 6.55% e o quarto 4.95%.

Na rotação de fatores, procedeu-se à rotação ortogonal com o método de rotação *Varimax*. As distribuições de resposta aos itens da escala (média e desvio-padrão) e comunalidades encontram-se expressos na Tabela 9. Os valores das comunalidades variaram entre .266 e .720. No que se refere aos valores de correlação total dos itens com os outros itens estes variaram entre .259 e .576; e os valores de *alpha*, se o item for eliminado, entre .862 e .873.

Analisando a estrutura fatorial e respectivos *loadings* da ESCA, expressa na Tabela 10, podemos constatar que 6 itens apresentam carga fatorial inferior a .50, todos os outros apresentam cargas fatoriais acima, consideradas estatisticamente significativas.

Tabela 9  
*Estatística descritiva sumária de itens da ESCA (versão 29 itens) e comunalidades (h<sup>2</sup>)*

Item	Média	D.P.	h <sup>2</sup>
2 Gosto de mim.	3.56	.725	.403
3 Costumo sentir falta de energia para cuidar das minhas necessidades de saúde da forma como gostaria.	1.66	1.366	.417
5 Sinto orgulho em fazer aquilo que é necessário para permanecer saudável.	3.41	.824	.409
6 Tenho tendência a negligenciar as minhas necessidades pessoais.	2.65	1.284	.509
7 Conheço os meus pontos fortes e fracos.	3.36	.765	.305
8 Costumo adiar fazer as coisas que sei que me beneficiariam.	2.22	1.36	.544
9 Tomo as minhas próprias decisões.	3.49	.74	.324
10 Realizo determinadas atividades para não adoecer.	3.25	.82	.448
11 Procuo melhorar-me a mim própria.	3.40	.76	.468
12 Faço uma dieta equilibrada.	3.16	.92	.423
13 Queixo-me muito das coisas que me incomodam, mas não faço tudo o que posso para as resolver.	2.24	1.37	.444
14 Procuo melhores formas de cuidar da minha saúde.	3.24	.88	.568
16 Mereço todo o tempo e cuidado necessário para me manter saudável.	3.56	.69	.380
17 Dou seguimento às minhas decisões.	3.22	.90	.383
18 Não tenho interesse em aprender sobre o meu corpo e o seu funcionamento.	2.54	1.40	.510
20 Conheço o meu corpo e o seu funcionamento.	2.96	.95	.357
21 Raramente cumpro as decisões que tomo relativamente à minha saúde.	2.79	1.25	.458
22 Sou um(a) bom(boa) amigo(a) de mim próprio(a).	3.29	.90	.425
23 Cuido bem de mim.	3.06	.96	.489
24 A promoção da saúde é uma coisa que me acontece por acaso.	2.71	1.16	.484
26 Estou interessado(a) em aprender sobre os vários processos de doença e como estes me afetam.	3.10	1.05	.610
27 A vida é uma alegria.	3.15	1.03	.274
28 Sou responsável pelas minhas ações.	3.78	.54	.394
29 Tenho pouco a contribuir para os outros.	2.90	1.16	.431
31 Estou interessado(a) em aprender o máximo possível sobre o meu corpo e o seu funcionamento.	2.86	1.22	.720
32 Procuo informação para cuidar de mim.	2.92	1.08	.556
33 Sinto que sou um membro valioso da minha família.	3.62	.71	.311
34 Sei quando fiz o meu último exame de saúde, e vou fazer o próximo no prazo previsto.	3.60	.74	.266
35 Conheço-me bem, assim como as minhas necessidades.	3.53	.69	.496

Tabela 10

*Matriz dos itens da escala ESCA (versão 29 itens) para solução quatro Fatores e respectivos pesos fatoriais*

Item	Matriz Componente Rotativa			
	Fatores			
	1	2	3	4
14 Procuro melhores formas de cuidar da minha saúde.	<b>.649</b>	.114	.362	.052
12 Faço uma dieta equilibrada.	<b>.627</b>	.088	.014	.150
10 Realizo determinadas atividades para não adoecer.	<b>.620</b>	.118	.147	.165
23 Cuido bem de mim.	<b>.574</b>	.345	.100	.176
5 Sinto orgulho em fazer aquilo que é necessário para permanecer saudável.	<b>.569</b>	.280	.078	-.019
11 Procuro melhorar-me a mim própria.	<b>.567</b>	.314	.219	.006
q Tenho tendência a negligenciar as minhas necessidades pessoais.	<b>.538</b>	.085	-.029	.460
16 Mereço todo o tempo e cuidado necessário para me manter saudável.	<b>.509</b>	.344	.048	-.008
22 Sou um(a) bom(boa) amigo(a) de mim próprio(a).	<b>.497</b>	.417	-.042	.052
21i Raramente cumpro as decisões que tomo relativamente à minha saúde.	<b>.475</b>	-.004	.166	.452
17 Dou seguimento as minhas decisões.	<b>.468</b>	.264	.161	.260
35 Conheço-me bem, assim como às minhas necessidades.	.288	<b>.615</b>	.189	.005
28 Sou responsável pelas minhas ações.	.000	<b>.602</b>	-.014	.176
2 Gosto de mim.	.290	<b>.562</b>	-.041	.025
9 Tomo as minhas próprias decisões.	.156	<b>.519</b>	.012	.172
33 Sinto que sou um membro valioso da minha família.	.133	<b>.511</b>	.180	-.007
27 A vida é uma alegria.	.089	<b>.509</b>	.045	.073
7 Conheço os meus pontos fortes e fracos.	.277	<b>.469</b>	.062	-.068
34 Sei quando fiz o meu último exame de saúde, e vou fazer o próximo no prazo previsto.	.108	<b>.434</b>	.246	.077
31 Estou interessado(a) em aprender o máximo possível sobre o meu corpo e o seu funcionamento.	.012	.112	<b>.840</b>	-.031
26 Estou interessado(a) em aprender sobre os vários processos de doença e como estes me afetam.	.145	.090	<b>.759</b>	-.067
32 Procuro informação para cuidar de mim.	.188	.099	<b>.715</b>	-.004
18i Não tenho interesse em aprender sobre o meu corpo e o seu funcionamento.	.022	.033	<b>.622</b>	.349
20 Conheço o meu corpo e o seu funcionamento.	.241	.364	<b>.407</b>	-.005
13i Queixo-me muito das coisas que me incomodam, mas não faço tudo o que posso para as resolver.	.192	-.002	-.034	<b>.637</b>
24i A promoção da saúde é uma coisa que me acontece por acaso.	.244	-.011	.162	<b>.631</b>
3i Costumo sentir falta de energia para cuidar das minhas necessidades de saúde da forma como gostaria.	.001	.175	-.091	<b>.615</b>
8i Costumo adiar fazer as coisas que sei que me beneficiariam.	.515	.041	-.072	<b>.521</b>
29i Tenho pouco a contribuir para os outros.	-.155	.345	.143	<b>.517</b>

\* **Fatores:** 1 - Iniciativa e responsabilidade; 2 - Autoconceito; 3 – Conhecimento e procura de informação; 4 – Passividade (dimensão invertida)

Procedeu-se à análise da nomeação dos fatores, interpretando os itens e o padrão de cargas fatoriais para os itens.

O fator 1 é medido pelos itens 5, 6, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 21, 22 e 23. À exceção dos itens 17 e 22, que pertenciam à dimensão autoconceito, e dos itens 6 e 21, pertencentes à dimensão passividade, todos os outros são sobreponíveis à dimensão Iniciativa e responsabilidade conceptualmente proposta. Na análise realizada considerou-se que o item 17 “Dou seguimento às minhas decisões” remete para a responsabilidade do indivíduo; o item 22 “Sou um(a) bom(boa) amiga de mim próprio(a)”, pode ter sido entendido, não como a avaliação que o indivíduo produz a seu respeito (autoestima), mas a responsabilidade em cuidar de si. No que diz respeito ao item 6 “Tenho tendência a negligenciar as minhas necessidades pessoais” e o item 21 “Raramente cumpro as decisões que tomo relativamente à minha saúde”, apesar de estarem redigidos de forma negativa e de a sua pontuação ser revertida corroboram aspetos referentes à Iniciativa e Responsabilidade do indivíduo, pelo que se mantém a denominação.

O fator 2 é medido pelos itens 2, 7, 9, 27, 28, 33, 34 e 35. À exceção do item 34, que estava incluído na subescala iniciativa e responsabilidade, todos os outros são sobreponíveis à dimensão autoconceito conceptualmente proposta. O item 34 “Sei quando fiz o meu último exame de saúde, e vou fazer o próximo no prazo previsto” ao integrar numa primeira parte o termo “Sei quando...” revela aspetos inerentes à apreciação que uma pessoa tem dela própria, remetendo para aspetos inerentes à autoconfiança. O autoconceito é o conjunto das perceções que uma pessoa tem sobre si mesma, formado através da interpretação da própria experiência e do meio ambiente, sendo influenciado pelos reforços, o feedback dos outros significativos e dos processos cognitivos, como as atribuições causais (Nelas, 2018). Este conceito de si próprio integra um aspeto avaliativo que permite à pessoa retirar informação relevante para novas situações. A autoestima, valor próprio e autoconfiança são conceitos distintos e interrelacionados entre si e que estão conceptualmente associadas ao autoconceito, pelo que se manteve a nomenclatura.

O fator 3 é medido pelos itens 18, 20, 26, 31 e 32. Estes itens enquadravam-se conceptualmente na dimensão conhecimento e procura de informação, pelo que se

mantém a mesma nomenclatura. O fator 4 é medido pelos itens 3, 8, 13, 24 e 29. Todos os itens, à exceção do item 29 “Tenho pouco a contribuir para os outros”, enquadravam-se conceitualmente na dimensão passividade, pelo que se mantém a mesma nomenclatura.

A fiabilidade da ESCA com 29 itens e das respetivas subescalas foi avaliada pela consistência interna. O *alfa de Cronbach* para a escala global  $\alpha = .871$ . Para as subescalas: Iniciativa e Responsabilidade  $\alpha = .843$ , Autoconceito  $\alpha = .705$ , Conhecimento e procura de informação  $\alpha = .755$  e Passividade  $\alpha = .646$ .

Avaliou-se a independência dos fatores e homogeneidade do instrumento, analisando as correlações entre os 4 fatores e a escala global, conforme resumido na Tabela 11. Os coeficientes de correlação de *Spearman* entre fatores variaram entre .193 e .594. Os valores das correlações entre os fatores e a escala global variam entre .614 e .884, indicando que tendem a medir o mesmo constructo. Todas as dimensões da ESCA apresentam correlações estatisticamente significativas ( $p < .01$ ) com o total.

Tabela 11  
Correlações de *Spearman* entre fatores e escala global ( $n=625$ )

	1	F1	F2	F3	F4
1. <i>Exercise of Self-Care Agency</i> – Escala global	1	.884**	.708**	.614**	.690**
F1 - Iniciativa e responsabilidade		1	.594**	.386**	.556**
F2 – Autoconceito			1	.331**	.318**
F3 – Conhecimento e procura de informação				1	.193**
F4 – Passividade (invertido)					1

\*\* Sig. (2 extremidades) no nível 0,01.

Analisando as estatísticas descritivas da ESCA e respetivos fatores na amostra estudada, constatamos que a capacidade da pessoa para desenvolver ações de autocuidado apresenta um valor mínimo de 37.03 e um máximo de 112.14, com uma média de 85.87 ( $DP = 13.24$ ) num possível score de 116. Nas subescalas os valores médios são: Iniciativa e responsabilidade= 32 ( $DP = 6$ ) num possível score de 44; Autoconceito= 24.9 ( $DP = 3.15$ ) num possível score de 32; Conhecimento e procura de informação= 12 ( $DP = 3.73$ ) num possível score total de 20 e na

subescala Passividade= 9.4 ( $DP = 3.75$ ) num possível score total de 20 (ver Tabela 12).

Tabela 12  
*Estatísticas descritivas da ESCA (versão 29 itens) e respetivos fatores (N=625)*

	Min	Máx	Média	D.P.	P 25	P 50	P 75
Iniciativa e responsabilidade	7.09	40.36	32.13	6.01	28.27	32.36	37.36
Autoconceito	10.38	28.5	24.94	3.15	23	25.5	27.5
Conhecimento e procura informação	0	16.8	12	3.73	10.4	12.6	14.8
Passividade	0.8	16.8	9.41	3.75	6.6	9.6	12.1
ESCA global	37.03	112.14	85.87	13.24	76.13	86.13	96.06

Em síntese, do resultado do processo de tradução, adaptação cultural e validação da *Exercise of Self-Care Agency* para versão Portuguesa apresenta-se um instrumento constituída por 29 itens (menos 6 itens que a versão das autoras Riesch & Hauck, 1986), mas que mantêm quatro fatores conceptualmente congruentes com a teoria subjacente. Os valores de coeficiente *alfa de Cronbach* (escala global= .871, subescalas entre .843 e .646) são ligeiramente mais baixos do que os encontrados pelas autoras (cujos valores variaram entre .73 e .90), mantendo o instrumento adequada validade e fidelidade.

## 2 BEM ESTAR ESPIRITUAL E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO

A evidência demonstra que o envelhecimento pode constituir-se como um período de grande desenvolvimento pessoal, na medida em que a experiência acumulada permite a transformação de uma visão materialista da vida para uma mais cósmica e transcendente, podendo existir uma redefinição do *self*, da relação com os outros, bem como uma nova compreensão para questões existenciais. À medida que as pessoas envelhecem tendem a tornar-se mais introspetivas e reflexivas sobre o sentido de vida (Tornstam, 2011; Ribeiro, 2021).

Os dados obtidos nesta investigação demonstram que as pessoas idosas participantes possuem Bem-estar espiritual, dado que se verifica que a medida de tendência central da *Spiritual Assessment Scale* para a escala global, é de 4.20, superando ligeiramente o valor 4 da escala [atendendo que mesma varia de 1 (discordo totalmente) a 5 (*concordo totalmente*)]. Acresce que, de entre os fatores constituintes desta escala, identificamos uma pontuação média mais elevada para a Paz espiritual (M = 4.42), seguida da Fé pessoal (M = 4.42) e, por último das Prática religiosa (M = 3.60) (

Tabela 13).

Numa perspetiva mais analítica, os resultados revelam que os participantes afirmam possuir Bem-estar espiritual, num nível tendencialmente elevado ( $M= 4.20$ ;  $DP= 0.75$ ), tal como já verificado em estudos anteriores, nos quais se relatam níveis moderados (Pilger et al, 2021) a elevados de Bem-estar espiritual em pessoas idosas (Ali et al, 2015; Fernandes et al, 2020; Jafaripoor et al, 2018; Özdemir et al, 2022).

O motivo pelo qual as pessoas idosas deste estudo referem níveis elevados de Bem-estar espiritual pode estar associado ao facto de estas poderem encontrar um sentido de vida no passado, no presente e também no futuro, já que na procura de sentido, a pessoa idosa torna-se capaz de encontrar, na sua caminhada existencial, um para quê viver que lhe possibilite prosseguir extraíndo sentido nas situações de adversidade da vida (Zannata et al 2021).

Tabela 13

Valores mínimo e máximo, pontuações médias, desvios-padrão, erros-padrão (EP) e coeficientes de assimetria (sk) e curtose (ku) das medidas em estudo<sup>16</sup>

	Mín.	Máx.	Média		DP	Assimetria		Curtose	
			M	EP		SK	EP	Ku	EP
<i>Spiritual Assessment Scale</i> (Escala global)	1.35	5.00	4.20	.04	0.75	-1.26	0.12	1.41	.24
<i>Fatores constituintes:</i>									
F1 – Fé pessoal	1.00	5.00	4.37	.04	0.81	-1.84	0.12	3.65	.24
F2 – Prática religiosa	1.00	5.00	3.60	.06	1.15	-0.56	0.12	-0.70	.24
F3 – Paz espiritual	1.00	5.00	4.42	.04	0.82	-1.48	0.12	1.61	.24
<i>Exercise of Self-Care Agency</i> (escala global)	1.31	4.00	3.19	.02	0.46	-0.59	0.12	0.44	.24
<i>Fatores constituintes:</i>									
F1 - Iniciativa e responsabilidade	0.73	4.00	3.32	.03	0.57	-1.24	0.12	2.16	.24
F2 – Autoconceito	1.63	4.00	3.59	.02	0.40	-1.27	0.12	1.88	.24
F3 – Conhecimento e procura de informação	0.00	4.00	2.93	.04	0.86	-0.97	0.12	0.50	.24
F4 – Passividade (invertido)	0.20	4.00	2.52	.04	0.86	-0.32	0.12	-0.39	.24

Pela mesma tabela, no referente à escala de autocuidado (*Exercise of Self-Care Agency*), encontramos uma pontuação média de 3.19 (DP= .46), entre a pontuação 0 (Discordo totalmente) e a pontuação 4 (Concordo totalmente), indicando que estas pessoas idosas possuem capacidade para cuidar de si no domínio da saúde, similarmente aos resultados encontrados em pessoas idosas Chinesas (*Liu et al, 2018*), Norueguesas (*Sundsli et al, 2012*) e Turcas (*Yanardağ et al., 2021*). O fator 2 – Autoconceito, é o mais pontuado ( $M = 3.59$ ), seguido dos fatores 1 - *Iniciativa e responsabilidade* ( $M = 3.32$ ), 3 – *Conhecimento e procura de informação* ( $M = 2.93$ ) e, por último, 4 – *Passividade (invertido; M = 2.52)*.

No que se refere ao modo como as pessoas idosas descrevem o seu estado de saúde, e de acordo com o expresso na Tabela 14, a maioria dos participantes autoperceciona-se com capacidade para realizar atividades habituais de cuidar de si, apesar da doença (55%), dados que se situam um pouco abaixo das estatísticas

<sup>16</sup> Nesta tabela são apresentadas as estatísticas descritivas das duas escalas utilizadas neste estudo e respetivas dimensões, com base na pontuação média dos itens constituintes: *Spiritual Assessment Scale* (SAS) e *Exercise of Self-Care Agency* (ESCA). Os valores de assimetria variam entre um mínimo de -1.84 a um máximo de -.32, sendo, portanto, inferiores ao balizador |2|. A pontuação máxima obtida para a curtose é de 3.65.

nacionais. Dados relativos a 2021 (INE, 2022) revelam que, a proporção de população com 65 ou mais anos com alguma limitação na realização de atividades devido a problemas de saúde situa-se nos 60.8%.

Na mesma linha, 11.5% dos respondentes autopercecionam-se como incapazes de realizar atividades habituais de cuidar de si, necessitando da ajuda de outra(s) pessoa(s), sendo que, a nível nacional, as limitações severas se situaram-nos 20.8% (INE, 2022).

Cerca de 1/3 da população idosa respondente (33.5%) autoperceciona-se saudável, com capacidade para realizar as atividades habituais para cuidar de si.

Apesar do nosso estudo não identificar uma associação estatisticamente significativa entre autoperceção do estado de saúde e o género, dado que o teste de Qui-quadrado revelou não existir associação estatisticamente significativa entre autoperceção do estado de saúde e o género ( $\chi^2 = 4.491$ ;  $p > .05$ ), podemos constatar uma percentagem ligeiramente mais elevada de mulheres que referem ser incapazes de cuidar de si, necessitando de ajuda de outros (12.8%) comparativamente aos Homens (8.7%).

Também o INE (2022) revela a existência de um aumento crescente da prevalência de limitações devido a problemas de saúde com o avançar da idade em ambos os géneros, mas com maior intensidade a partir dos 40 anos no género feminino.

Tabela 14  
*Distribuição, percentagem e Qui-quadrado dos participantes por autoperceção do estado de saúde*

<i>Autoperceção do estado de saúde</i>	<i>Género</i>				<i>Total</i>		<i><math>\chi^2</math></i>	<i>p</i>
	<i>Masculino</i>		<i>Feminino</i>		<i>n</i>	<i>%</i>		
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>				
1 - Incapaz cuidar de si, necessita ajuda outros	11	8.7	35	12.8	46	11.5	4.491	.105
2 - Capacidade para cuidar de si apesar da doença	64	50.8	156	56.9	220	55.0		
3 - Saudável, com capacidade par cuidar de si.	51	40.5	83	30.3	134	33.5		
Total	126	100	274	100	400	100.0		

A análise da associação entre as dimensões das escalas e o cálculo das correlações de Spearman para as associações com a medida ordinal tricotômica Autopercepção do estado de saúde permite constatar a existência de uma associação positiva estatisticamente significativa, embora de baixa magnitude, entre as escalas globais *Spiritual Assessment Scale* e *Exercise of Self-Care Agency* ( $r = .24$ ).

No referente à relação entre a Fé pessoal e as dimensões da Capacidade de autocuidado, constatamos associações positivas significativas com a Iniciativa e responsabilidade e com o Autoconceito, não se constatando qualquer associação com a Passividade (invertido) e uma relação fraca com o Conhecimento e procura de informação. No referente à Prática religiosa, as associações de maior magnitude com as dimensões da capacidade de autocuidado são com o Autoconceito e a Iniciativa e responsabilidade, apesar de a magnitude ser baixa, não se verificando relação com a Passividade (invertido) e uma associação fraca com o Conhecimento e procura de informação. Por último, a dimensão Paz espiritual correlaciona-se moderada e positivamente com o Autoconceito, seguindo-se a Iniciativa e responsabilidade e, por último, a Passividade (invertido), não se constatando associação com o Conhecimento e procura de informação. Entre as dimensões da *Spiritual Assessment Scale*, a Paz espiritual foi a que revelou associações de maior magnitude.

No referente às relações com a Autopercepção do estado de saúde, constatamos associações negativas com a *Spiritual Assessment Scale*, sobretudo com as dimensões Fé pessoal e Prática Religiosa. As associações com a *Exercise of Self-Care Agency* são significativas e positivas com as dimensões Passividade (invertido) e Conhecimento e procura de informação, não se registando relação com a Iniciativa e responsabilidade (ver Tabela 15).

Tabela 15

Matriz de intercorrelações entre as escalas *Spiritual Assessment Scale*, *Exercise of Self-Care Agency* e medida de autopercepção do estado de saúde<sup>17</sup>.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 <sup>a</sup>
1. <i>Spiritual Assessment Scale</i> (Escala global)	1	.946**	.830**	.610**	.238**	.272**	.296**	.110*	.014	-.167**
2. F1 – Fé pessoal		1	.704**	.456**	.170**	.217**	.248**	.092	-.063	-.197**
3. F2 – Prática religiosa			1	.250**	.170**	.196**	.192**	.164**	-.064	-.139**
4. F3 – Paz espiritual				1	.306**	.299**	.328**	-.008	.284*	-.063
5. <i>Exercise of Self-Care Agency</i> (escala global)					1	.883**	.692**	.623**	.698**	.152**
6. F1 - Iniciativa e responsabilidade						1	.544**	.374**	.519**	.038
7. F2 – Autoconceito							1	.297**	.323**	.085*
8. F3 – Conhecimento e procura de informação								1	.184**	.170**
9. F4 – Passividade (invertido)									1	.194**
10. Autopercepção do estado de saúde <sup>a</sup>										1

\*  $p < .05$  \*\* $p < .01$ ; <sup>a</sup> rho de Spearman

Em face destes resultados, referentes à estatísticas descritivas das medidas em estudo e matriz de intercorrelações, importa analisar e eventual influência das variáveis de caracterização da população, tanto no bem-estar espiritual como na capacidade de autocuidado.

<sup>17</sup> Recorreu-se à análise das correlações de Pearson para analisar a associação entre as dimensões das escalas e ao cálculo das correlações de Spearman para as associações com a medida ordinal tricotómica Autopercepção do estado de saúde.

## 2.1 INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DA AUTOPERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE COM O BEM-ESTAR ESPIRITUAL E CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO

A escassa informação sobre a temática, e a relevância que os aspetos individuais podem ter no bem-estar espiritual e capacidade de autocuidado conduziram à análise que se apresenta.

### **Género**

Na Teoria de Orem (2001) o sexo e os aspetos sociocultural são identificados como fatores condicionantes básicos que influenciam o autocuidado. O conceito de género transcende a distinção biológica entre sexo masculino e feminino, para integrar atributos e funções expressas em termos socioculturais a cada um dos géneros ao longo do ciclo de vida. Pina (2013) refere que, o conceito de género ao estar relacionado com os aspetos culturais é continuamente reconstruído, tornando-se indissociável não só da diversidade de acontecimentos de vida de cada pessoa, mas também da variabilidade de expectativas que acompanham a sua performance à medida que se envelhece.

Analisando a influência do variável género dos participantes, recorreu-se a uma análise multivariada da variância (MANOVA, procedimento *General Linear Model*), tomando como variável independente (VI) o género dos participantes (1 = masculino; 2 = feminino) e como variáveis dependentes (VDs) as pontuações médias obtidas na *Spiritual Assessment Scale* e na *Exercise of Self-Care Agency* (ver Tabela 16).

Os dados obtidos revelam uma influência do género no Bem-estar espiritual, dado que, para a *Spiritual Assessment Scale*, o efeito global se revela estatisticamente significativo [Traço de Pillai = .058,  $F(3, 396) = 8.19$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .058$ ,  $(1-\beta) = .992$ ]. Conclui-se que, quando se consideram os três fatores da escala do Bem-estar espiritualidade tomados conjuntamente, revela-se um efeito de género na ordem dos 5.8%. Este efeito deve-se à existência de diferenças de género nas dimensões Paz espiritual (magnitude correspondente a  $\eta_p^2 = 3.8\%$ ) e Fé pessoal ( $\eta_p^2 = 3.6\%$ ), ambas superiores no sexo feminino. Os testes univariados (Tabela 16) não indicaram diferenças de género para a dimensão Prática religiosa.

Resultados similares, ao nível do Bem-estar espiritual, também foram identificados noutros estudos (Neves, et al. 2018; Fernandes et al, 2020).

Num estudo longitudinal de cinco anos realizado com pessoas idosas francesas não institucionalizadas, identificou-se que as mulheres apresentaram níveis mais elevados de espiritualidade que os homens (Bailly et al., 2018). O género como preditor de religiosidade/espiritualidade também é reportado por Silva et al (2019) em pessoas idosas brasileiras, no qual as mulheres apresentarem níveis mais elevados de experiências espirituais diárias, valores/crenças, perdão e prática religiosa.

No nosso estudo, uma análise às dimensões do Bem-estar espiritual, revelaram não existir diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros, ao nível da prática religiosa. Mas, os participantes do género feminino apresentam valores mais elevados de Paz espiritual ( $\eta_p^2 = 3.8\%$ ) e Fé pessoal ( $\eta_p^2 = 3.6\%$ ).

Estes achados no género masculino, podem estar relacionados com o sentimento de pertença a uma comunidade religiosa e o tipo de suporte que recebe desta, sem que isso conduza por si só a um incremento da fé pessoal e/ou paz espiritual, já que para O` Brain (2014) a fé pessoal é descrita como um relacionamento pessoal com Deus no qual, confiando a sua vida, se coloca a força e certeza, e a paz espiritual, engloba a sensação de proximidade de Deus, a segurança no amor de Deus e a reconciliação com Deus.

Da mesma forma, alguns estudos evidenciam que as crenças e práticas religiosas organizacionais promovem sentimentos de pertença e o desenvolvimento de redes de sociabilidade e apoio social (Malone & Dadsweel, 2018, Margaça & Rodrigues, 2021, Koenig, 2012).

Tabela 16

*Pontuações médias e desvios-padrão da Spiritual Assessment Scale e na Exercise of Self-Care Agency em função do género dos participantes: Testes univariados (F), magnitude do efeito experimental ( $\eta_p^2$ ) e poder da investigação (1- $\beta$ )*

	Género									
	Masculino (n = 126)		Feminino (n = 274)		Total (N = 400)		F(1,447)	$\eta_p^2$	1- $\beta$	
	M	DP	M	DP	M	DP				
<i>Spiritual Assessment Scale</i> (Escala global)	4.00	.81	4.29	.70	4.20	.75				
F1 – Fé pessoal	4.14	.91	4.47	.74	4.37	.81	14.88**	.036	.970	
F2 – Prática religiosa	3.49	1.14	3.65	1.15	3.60	1.15	1.54	.004	.236	
F3 – Paz espiritual	4.19	.93	4.53	.73	4.42	.82	15.67**	.038	.977	
<i>Exercise of Self-Care Agency</i> (Escala global)	3.22	.48	3.18	.46	3.19	.46				
F1 - Iniciativa e responsabilidade	3.34	.55	3.32	.58	3.32	.57	.10	.000	.061	
F2 – Autoconceito	3.57	.44	3.60	.39	3.59	.40	.35	.001	.090	
F3 – Conhecimento e procura de informação	2.98	.84	2.90	.86	2.93	.86	.69	.002	.132	
F4 – Passividade (invertido)	2.63	.89	2.48	.84	2.52	.86	2.69	.007	.373	

\*  $p < .05$  \*\* $p < .01$

No referente à *Exercise of Self-Care Agency*, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas ao nível efeito global da capacidade de autocuidado [Lambda de Wilks = 0.988,  $F(4, 395) = 1.23$ ,  $p = .297$ ,  $\eta_p^2 = .012$ ,  $(1-\beta) = .386$ ]. Os testes univariados também não identificaram qualquer diferença estatisticamente significativa (ver Tabela 16). Resultados similares foram identificados em pessoas idosas residentes em contexto urbano na Turquia (Yanardağ et al., 2021).

Reportando resultados relacionados com o envelhecimento ativo em pessoas idosas portuguesas, Pina (2013) revela que as mulheres demonstram ser mais ativas do que os homens, mas essa diferença não é estatisticamente significativa. Hu (2012) e seus colaboradores, também não identificaram diferenças de género ao nível do conhecimento sobre a diabetes em pessoas idosas chinesas.

Resultados diferentes foram encontrados num estudo desenvolvido com pessoas idosas italianas com insuficiência cardíaca crônica, no qual os homens

apresentam quatro vezes maior risco de desenvolver comportamentos de autocuidado baixos do que as mulheres, contudo, apresentam 60% maior confiança no autocuidado do que as mulheres (Dellafiore et al., 2018). Achados ligeiramente diferentes foram reportados Cocchieri (2015) e seus colaboradores, segundo os quais, apesar de os homens com insuficiência cardíaca apresentarem pontuações mais baixas ao nível da monitorização dos sintomas, adesão ao tratamento e gestão de autocuidado do que as mulheres, não se encontram diferenças estatisticamente significativas ao nível da confiança no autocuidado.

Em síntese, identifica-se uma influência do género no bem-estar espiritual, com as mulheres a apresentarem níveis mais elevado do que os homens. O género não demonstra estar associadas a diferenças significativas na Capacidade de autocuidado.

### **Escolaridade**

Dados nacionais relativamente ao nível de escolaridade em pessoas com 65 ou mais anos revelam que: sem nível de escolaridade encontram-se 12.4% das pessoas idosas; 70.6% possuem o Ensino Básico; 6.5% o Ensino secundário e Pós-secundário e 10.5% o Ensino superior (PRODATA, 2022).

No que se refere à nossa amostra, 61.3% das pessoas idosas frequentaram ou concluíram o ensino primário, percentagem ligeiramente abaixo da média nacional; acima dos dados nacionais, 27.3% frequentaram ou concluíram o ensino secundário e 7.2% possuem habilitações de nível superior. Assim, apesar de se tratar de uma amostra de conveniência, os dados relativos à escolaridade da população em estudo estão próximos da realidade nacional.

Relativamente à influência do nível de escolaridade realizaram-se, novamente, análises multivariadas da variância, tomando como Variável independente as habilitações académicas dos participantes, que foram agrupadas em quatro níveis (1 = Não frequentou a escola, 2 = Ensino primário [frequentou ou concluiu o ensino Primário], 3 = Ensino secundário [frequentou ou concluiu o ensino secundário], 4 = Ensino superior [habilitação de nível Superior]), e como VDs os fatores das medidas em estudo.

Os dados obtidos nesta investigação demonstram uma influência do nível de escolaridade no Bem-estar espiritual, já que a realização da MANOVA para a

medida *Spiritual Assessment Scale* indicou um efeito global estatisticamente significativo [Traço de Pillai = .126,  $F(9, 1188) = 5.77$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .042$ ,  $(1-\beta) > .999$ ]. Este efeito global de 4.2% deve-se à existência de diferenças ao nível das três dimensões da escala, conforme indicam os testes univariados da Tabela 17. No referente à magnitude do efeito experimental, encontramos um efeito da escolaridade de  $\eta_p^2 = 7.9\%$  para a Fé pessoal de  $\eta_p^2 = 5.5\%$  para a Paz espiritual, e de  $\eta_p^2 = 5.4\%$  para a Prática religiosa.

No sentido de averiguar as diferenças encontradas em cada um destes fatores em função dos 4 níveis de habilitações académicas recorreremos ao cálculo dos testes de comparação múltipla de *Games-Howell* para contrastes simples *a posteriori*. No que concerne à Fé pessoal, as diferenças estatisticamente significativas situam-se entre as pessoas idosas que não frequentaram a escola ou possuem o Ensino Primário e os que detêm o Ensino Superior (diferença de pontuações médias de .92 e .73, respetivamente,  $p \leq .001$ ), bem como entre os que possuem o Ensino Primário e os que detêm o Ensino Secundário (diferença de pontuações médias de .33,  $p = .002$ ), sendo as pessoas idosas mais escolarizadas os que indicam possuir menor Fé pessoal.

Resultados similares foram reportados num estudo realizado por Amado e Diniz (2017), ainda que o fenómeno não tenha sido estudado da mesma forma. Neste estudo, as pessoas idosas portuguesas mais escolarizadas apresentaram níveis mais baixos de fé religiosa.

No referente à Prática religiosa, as diferenças situam-se entre as pessoas idosas que não frequentaram a escola ou possuem o Ensino Primário e os que detêm o Ensino Secundário (diferença de pontuações médias de .52 e .33, respetivamente,  $p < .01$ ) ou Superior (diferença de pontuações médias de .92 e .73, respetivamente,  $p \leq .01$ ) (ver tabela 17). Analisando o efeito da escolaridade na religião, e tendo por base dados de 1971 a 2001, Hungerman, (2014), também identificou que níveis mais elevados de escolaridade conduziram a níveis mais baixos de afiliação religiosa em fases posteriores da vida.

Por último, no que toca ao fator Paz espiritual, as diferenças encontradas situam-se, exclusivamente, entre as pessoas idosas que possuem o Ensino Primário e os que detêm o Ensino Secundário ou Superior (diferença de pontuações médias de

.39 e .46, respetivamente,  $p < .05$ ) (ver tabela 17). Na Figura 1 consta a representação gráfica das pontuações médias em função da escolaridade dos participantes.

Os resultados obtidos no nosso estudo, poderão estar relacionados com o facto de, nos níveis mais elevados de escolaridade ao ser estimulado um pensamento crítico e filosófico, o Bem-estar espiritual possa estar mais relacionado com outras dimensões da espiritualidade, como a conexão com os outros ou a natureza, já que a espiritualidade tem sido associada a uma forma de estar no mundo no qual a pessoa sente uma sensação de conexão consigo próprio, com os outros, podendo ou não existir conexão com um poder superior (Domocmat, 2014; Tanyi, 2002; Weathers et al., 2016), bem com uma conexão com a natureza (Domocmat, 2014; Weathers et al., 2016).

Tabela 17  
Pontuações médias e desvios-padrão da *Spiritual Assessment Scale* e na *Exercise of Self-Care Agency* em função da escolaridade dos participantes: Testes univariados ( $F$ ), magnitude do efeito experimental ( $\eta_p^2$ ) e poder da investigação ( $1-\beta$ )

	Escolaridade										$F$ (3, 396)	$\eta_p^2$	$1-\beta$
	Não frequentou a escola ( $n = 17$ )		Ensino primário ( $n = 245$ )		Ensino secundário ( $n = 109$ )		Ensino superior ( $n = 29$ )		Total ( $N = 400$ )				
	$M$	$DP$	$M$	$DP$	$M$	$DP$	$M$	$DP$	$M$	$DP$			
<i>Spiritual Assessment Scale</i> (Escala global)	4.54	.62	4.34	.63	3.95	.84	3.73	.93	4.20	.75			
F1 – Fé pessoal	4.69	.45	4.50	.67	4.17	.93	3.77	1.13	4.37	.81	11.29**	.079	.999
F2 – Prática religiosa	4.19	.92	3.75	1.03	3.25	1.27	3.28	1.29	3.60	1.15	7.50**	.054	.986
F3 – Paz espiritual	4.54	1.02	4.56	.73	4.17	.88	4.10	.85	4.42	.82	7.72**	.055	.988
<i>Exercise of Self-Care Agency</i> (escala global)	3.14	.56	3.20	.45	3.20	.50	3.12	.40	3.19	.46			
F1 - Iniciativa e responsabilidade	3.50	.56	3.36	.56	3.25	.59	3.13	.51	3.32	.57	2.76*	.020	.666
F2 - Autoconceito	3.49	.65	3.63	.37	3.56	.42	3.41	.40	3.59	.40	3.46*	.026	.774
F3 – Conhecimento e procura de informação	2.33	1.23	2.84	.89	3.14	.69	3.21	.49	2.93	.86	7.20**	.052	.983
F4 – Passividade (invertido)	2.58	.93	2.50	.81	2.58	.98	2.52	.71	2.52	.86	.25	.002	.098

\*  $p < .05$  \*\* $p < .01$

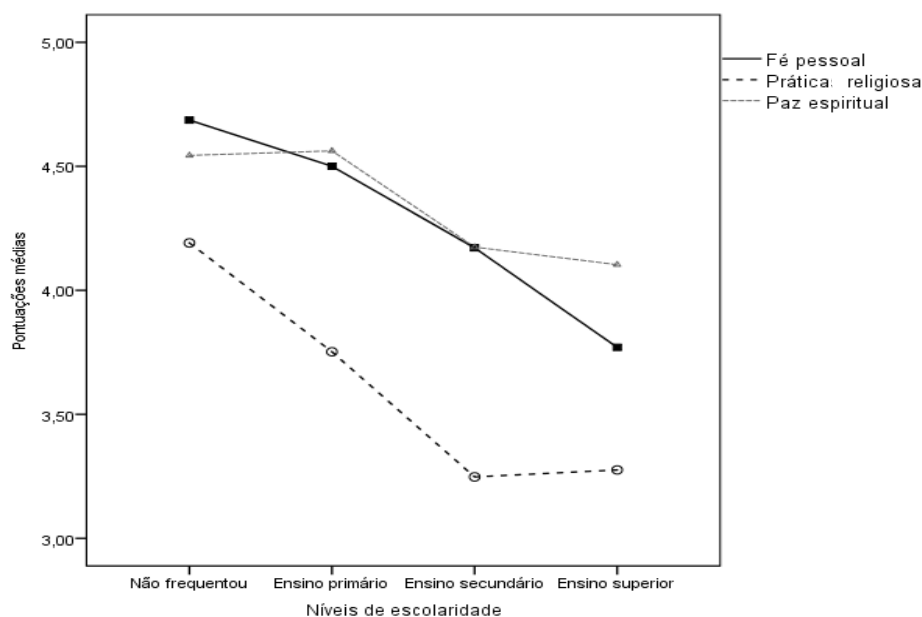


Figura 1 - *Spiritual Assessment Scale*: Representação gráfica das pontuações médias em função da escolaridade dos participantes.

Os dados obtidos nesta investigação demonstram ainda uma influência do nível de escolaridade na capacidade de autocuidado, já que no referente à MANOVA para a *Exercise of Self-Care Agency* obtivemos, igualmente, um efeito global estatisticamente significativo [Traço de Pillai = .150,  $F(12, 1185) = 5.18$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .050$ ,  $(1-\beta) > .999$ ]. Este efeito global de 5% deve-se à existência de diferenças ao nível das dimensões da Capacidade de autocuidado [magnitude do Conhecimento e procura de informação ( $\eta_p^2 = 5.2\%$ ), Autoconceito ( $\eta_p^2 = 2.6\%$ ) e, embora de menor magnitude, Iniciativa e responsabilidade ( $\eta_p^2 = 2.0\%$ )]. Os testes univariados (Tabela 17) não indicaram diferenças a nível da escolaridade para a dimensão Passividade (invertido).

A realização dos testes de Games-Howell indicaram como diferenças estatisticamente significativas, ao nível do Autoconceito, exclusivamente as pontuações médias entre as pessoas idosas que possuem o Ensino Primário e as que detêm o Ensino Superior (diferença de pontuações médias de .22,  $p = .037$ ). Já no referente ao Conhecimento e procura de informação, as diferenças estatisticamente significativas situam-se entre as pessoas idosas que não frequentaram a escola ou possuem o Ensino Primário e as que detêm o Ensino Superior (diferença de pontuações médias de .88 e .36, respetivamente,  $p < .05$ ).

Também se registaram diferenças nesta dimensão entre os participantes com o Ensino Primário e o Ensino Secundário (diferença de  $-.30$ ,  $p = .004$ ).

Para além destes aspetos, as pessoas idosas que não frequentaram a escola apresentam níveis baixos de Conhecimento e procura de informação ( $M=2.33$ ;  $DP=1.23$ ), constatando-se um aumento progressivo dos valores obtidos com o aumento escolaridade (ensino primário  $M= 2.84$ ;  $DP=.89$ ; ensino Secundário  $M=3.14$ ;  $DP= .69$  e ensino superior  $M=3.21$ ;  $DP= .49$ ).

Estes resultados surgem em consonância com estudo de Yanardağ et al (2021), no qual as pessoas idosas com baixa escolaridade apresentaram níveis de capacidade para se envolverem em ações de autocuidado significativamente menor do que as pessoas idosas com níveis de escolaridade mais elevado. Um estudo desenvolvido junto de pessoas idosas com diabetes, no contexto do Brasil, revelou que uma baixa escolaridade acompanha um conhecimento insuficiente em relação à doença e ao tratamento (Borba et al., 2019).

As dimensões Iniciativa e responsabilidade e Passividade (invertido) não se revelaram influenciadas pelo nível e escolaridade das pessoas idosas (Tabela 17). Contudo é de realçar que na dimensão Passividade (invertido), o nível é baixo em todos os grupos ( $M=2.52$ ;  $DP= .86$ ).

A Figura 2 apresenta a representação gráfica das pontuações médias em função da escolaridade dos participantes nos fatores da escala *Exercise of Self-Care Agency*.

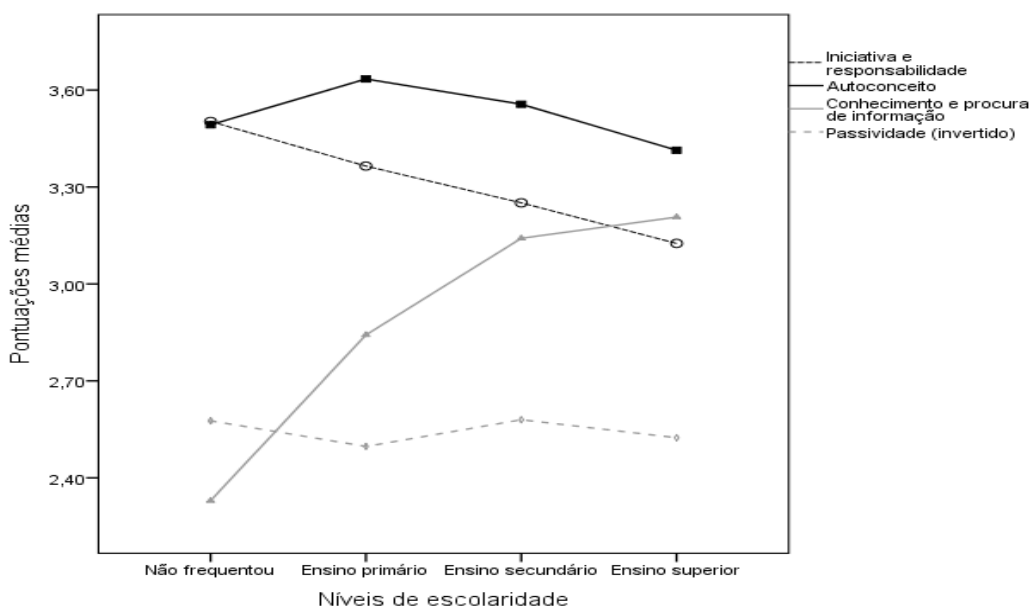


Figura 2 - *Exercise of Self-Care Agency*: Representação gráfica das pontuações médias em função da escolaridade dos participantes.

Sem descurar a relevância do desenvolvimento de competências ao longo da vida, níveis mais baixos de escolaridade podem conduzir a dificuldades no acesso à informação relacionados à saúde e aos cuidados de saúde disponíveis em diferentes formatos e fontes de informação, bem como, na capacidade para compreender, interpretar e integrar os conteúdos.

Destacando a relevância da literacia em saúde Carvalho et al. (2020) referem que, apesar de uma vasta quantidade de informações poder estar disponível para o público, sabe-se que muitas pessoas consideram essas informações difíceis de interpretar e aplicar, fazendo com que ainda haja muita dificuldade em colocar boas práticas de saúde em curso, mesmo tendo o acesso à informação.

Apesar de considerarmos que os processos formativos vão contribuindo cumulativamente para o desenvolvimento de cidadãos mais reflexivos e ativos na sociedade, é relevante serem investigados os processos que conduzem à ação, face ao conhecimento adquirido já que os resultados obtidos revelam um contributo da escolaridade na dimensão do Conhecimento e procura de informação, mas não se verifica nas dimensões Iniciativa e responsabilidade e Passividade (invertido).

Em síntese as pessoas idosas com baixa escolaridade podem ter dificuldades acrescidas em aceder, compreender e gerir informação que lhes permita tomar decisões relacionadas à sua saúde, pelo que os enfermeiros devem desenvolver

intervenções que visem, tal como proposto por Orem (2001), a mobilização de sistemas de apoio e educação para o autocuidado.

## **Idade**

Cada pessoa envelhece de forma particular, resultante de circunstâncias e vivências de etapas anteriores, contudo reconhecem-se traços típicos do envelhecimento humano. O processo de envelhecimento engloba três componentes: a) uma componente biológica, onde se incluem as mudanças fisiológicas do corpo e, que reflete uma vulnerabilidade crescente; b) uma componente social, que diz respeito à representação dos papéis e costumes na sociedade, considerados apropriados para este nível etário; c) uma componente psicológica, definida pela autorregulação do indivíduo face ao processo de senescência (Ribeiro, 2012; Schroots & Birren 1980).

Relevando estes aspetos, o efeito da idade nas medidas de Bem-estar espiritual e Capacidade de autocuidado foi analisado mediante o coeficiente de correlação de *Pearson* entre a idade e os fatores da *Spiritual Assessment Scale* e da *Exercise of Self-Care Agency*. Os resultados encontrados indicam-se na Tabela 18.

Conforme se pode observar, as correlações significativas são de magnitude baixa. Salienta-se a relação positiva com as três dimensões da *Spiritual Assessment Scale*, indicando que quanto maior é a idade dos participantes maior tende a ser a sua Fé pessoal ( $R^2 = 4.2\%$  de variância partilhada), Prática religiosa ( $R^2 = 2.4\%$ ) e sensação de Paz espiritual ( $R^2 = 2.0\%$  de variância partilhada), o que vai de encontro aos resultados de outros investigadores, como Fadila & Elhammed (2019) e Zimmer et al. (2016) que identificam um incremento do Bem-estar espiritual como o aumento da idade.

Resultados diferentes foram reportados por Velasco-Gonzalez e Rioux (2014), segundo os quais a idade não foi identificada como preditor de Bem-estar espiritual (domínios: *Satisfactory relationship with God*; *Existential dissatisfaction* e *Unsatisfactory relationship with God*) em pessoas idosas francesas.

Ao explorarem a trajetória espiritual de 567 pessoas idosas ao longo de cinco anos, Bailly et al. (2018) identificaram, uma média elevada dos níveis de espiritualidade entre as pessoas idosas, contudo não se identificou um efeito

estatisticamente significativo da idade na espiritualidade. Para os autores, os resultados obtidos podem estar relacionados com o facto de as pessoas idosas encontrarem um sentido nas suas vidas e, assim, atingirem níveis mais elevados de espiritualidade.

Os resultados identificados no nosso estudo poderão estar relacionados com o facto de, na procura de sentido de vida, a pessoa idosa poder ser capaz de encontrar um sentido para lidar com os desafios que ocorrem com o avançar da idade.

Tabela 18

*Coefficientes de correlação de Pearson entre a idade dos participantes e as medidas Spiritual Assessment Scale e Exercise of Self-Care Agency*

	<i>Idade dos participantes</i>
	Coeficiente de correlação de Pearson (r)
<i>Spiritual Assessment Scale</i> (Escala global)	.210**
F1 – Fé pessoal	.205**
F2 – Prática religiosa	.156**
F3 – Paz espiritual	.142**
<i>Exercise of Self-Care Agency</i> (escala global)	.036
F1 - Iniciativa e responsabilidade	.191**
F2 - Autoconceito	-.005
F3 – Conhecimento e procura de informação	-.193**
F4 – Passividade (invertido)	.031

\*  $p < .05$  \*\* $p < .01$

Já no que respeita às dimensões da *Exercise of Self-Care Agency* regista-se uma correlação positiva de baixa magnitude entre a idade e a Iniciativa e responsabilidade ( $R^2 = 3.6\%$  de variância partilhada), ao passo que se identifica uma correlação negativa, igualmente de baixa magnitude, entre a idade e o Conhecimento e procura de informação ( $R^2 = 3.7\%$  de variância partilhada). Assim, quanto maior é a idade das pessoas idosas maior tende a ser a Iniciativa e responsabilidade e menor o Conhecimento e procura de informação (Tabela 18).

Resultados similares, ao nível do conhecimento sobre a doença, foram encontrados em pessoas idosas chinesas (Hu et al., 2013) e brasileiras (Borba et al., 2019). No que diz respeito à capacidade para o autocuidado, Yanardağ (2021) e seus colaboradores, não identificaram diferença estatisticamente significativa em termos de faixas etárias, contudo, as pontuações médias mais elevadas de capacidade de autocuidado foram obtidas no grupo de pessoas idosas mais jovens.

Considerando que a dimensão Conhecimento e procura de informação integra itens associados ao conhecimento, procura de informação e interesse em aprender, a provável razão por trás destes resultados pode estar relacionada com perda de capacidades cognitivas, bem como, a intenção que a pessoa idosa atribuí à realização de novas aprendizagens.

No envelhecimento, as perdas de caráter biológico (tais como a memória, atenção, velocidade de processamento ou resolução de problemas) que se tornam progressivas com o avançar da idade, podem afetar funções cognitivas indispensáveis para obter, entender e reter informação. Nunes (2009) reconhece que, à medida que a idade avança, há uma diminuição dos recursos disponíveis, que torna mais difícil o desempenho de determinadas tarefas. Contudo, torna-se necessário compreender o mecanismo unitário que explica o declínio associado ao envelhecimento em diferentes domínios cognitivos com: a velocidade de processamento; a memória de trabalho; a função inibitória e a função sensorial, dado que na Teoria de Orem, a percepção, a memória e as habilidades de aprendizagem são consideradas disposições fundamentais para a ação de autocuidado (Taylor & Renpenning, 2011).

Focando-nos agora no interesse em aprender (que neste estudo integra itens associados ao interesse em aprender sobre o seu corpo e seu funcionamento ou sobre os vários processos de doença e como estes o afetam), consideramos relevante equacionar a intencionalidade atribuída pela pessoa idosa à procura de informação, já que para Orem (2001) as ações são fundadas em motivos e intenções que refletem as crenças de desejos pessoais.

Consideramos que uma possível razão para que as pessoas mais idosas sejam menos ativas na procura de informação possa ainda estar relacionada a uma vivência sociocultural do médico como detentor dos saberes e poderes. Analisando o panorama da sociologia da saúde em Portugal, Falcão (2012) refere que o trabalho desenvolvido por Graça Carapineiro em 1993, intitulado Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares, revela uma análise sociológica do hospital e, dentro dele, dos saberes e poderes dos seus principais agentes (os médicos).

Relativamente aos achados que revelam que quanto maior a idade maior tende a ser a Iniciativa e responsabilidade, perspectiva-se que possa estar relacionado com a consciência crescente das limitações decorrentes do processo de envelhecimento, da saúde enquanto valor, o que poderá conduzir a uma maior responsabilidade em executar e dar continuidade a ações que visam cuidar de si. Para Orem, a preocupação consigo próprio e a hierarquia de valores são aspetos fundamentais para o envolvimento em ações de autocuidado (Orem, 2001; Taylor & Renpenning, 2011).

Os resultados do nosso estudo, revelaram ainda que a idade não se mostrou associada ao Autoconceito e à dimensão Passividade (invertido) (Tabela 18). Ao nível do autoconceito, resultados diferentes foram identificados em pessoas idosas da Ilha Terceira, integrados em contexto familiar e institucional, nos quais foi identificado uma associação positiva entre a idade e autoconceito (nas dimensões ético-moral, pessoal e social) (Rocha, 2008).

O autoconceito<sup>18</sup> é um conceito multidimensional. Segundo Rocha (2008) é construído e influenciado pela sociedade, reflete e incorpora o que os outros pensam da pessoa, como a pessoa é tratada, quem são os outros significativos e como a própria integra estes aspetos. Assim, os resultados obtidos neste estudo podem estar relacionados com este caráter dinâmico e adaptativo do autoconceito, que surge pelo gradual reajustamento e integração de expectativas e autoaceitação de novas condições. Tavares (2012) refere ainda que na pessoa idosa, os níveis de autoconceito estão associados à autoperceção do envelhecimento e ao modo com esta o vai vivenciar. Para Rocha (2008), o declínio do *self* ideal na 3ª idade pode ajudar a explicar porque as pessoas idosas referem elevados níveis de satisfação, felicidade e de bem-estar, apesar de circunstâncias de vida.

### **Coabitação**

Segundo dados da PRODATA de 2021, em Portugal 57.1% das pessoas idosas vivem sós. Se associarmos este aspeto à parca resposta de projetos na

---

<sup>18</sup> O autoconceito é entendido por Wehrle e Fasbender (2018), como a totalidade de um sistema complexo, organizado e dinâmico de atitudes e crenças e julgamentos aprendidos que as pessoas têm sobre si, permitindo que esta se defina em diferentes contextos e adotem comportamentos que fomentam a procura de objetivos. Trata-se de um constructo que: a) nos esclarece sobre a forma como um indivíduo interage com os outros e lida com áreas respeitantes às suas necessidades e motivações; b) nos leva a perceber aspetos do autocontrolo e; c) permite compreender a continuidade e a coerência do comportamento humano ao longo do tempo (Vaz Serra, 1988; Tavares, 2012).

comunidade para promover relacionamentos e laços afetivos nesta etapa de vida, as pessoas idosas encontram-se em risco de solidão, podendo esta influenciar a saúde e o bem-estar.

Para análise da influência da coabitação com o Bem-estar espiritual e a capacidade de autocuidado, a variável coabitação foi delimitada em três níveis: 1 = Só, 2 = Companheiro e 3 = Filhos/família/ou significativos.

As dimensões da *Spiritual Assessment Scale* foram submetidas a uma MANOVA, tendo como variável independente a coabitação. O resultado do teste multivariado indicou um efeito global estatisticamente significativo [Traço de Pillai = .041,  $F(6, 792) = 2.74$ ,  $p = .012$ ,  $\eta_p^2 = .020$ ,  $(1-\beta) = .876$ ]. Este efeito global, apesar da baixa magnitude (2.0%), deve-se à existência de diferenças ao nível das três dimensões da escala, conforme indicação das pontuações nos testes univariados (ver Tabela 19). Assim, encontramos um efeito de magnitude  $\eta_p^2 = 2.6\%$  para a Fé pessoal, de  $\eta_p^2 = 2.2\%$  para a Prática religiosa e de  $\eta_p^2 = 2.0\%$  para a Paz espiritual.

Os testes de comparação múltipla de Games-Howell indicaram diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas idosas que vivem sós e os que vivem com um/a companheiro/a (diferença de pontuações médias de .30,  $p = .035$ ), bem como entre os que vivem com os filhos/família/ou significativos e os que vivem com um/a companheiro/a (diferença de pontuações médias de .30,  $p = .006$ ).

No referente aos fatores Prática religiosa e Paz espiritual, a única diferença significativa situa-se entre as pontuações médias das pessoas idosas que vivem com os filhos/família/ou significativos e aqueles que coabitam com um/a companheiro/a (diferença de pontuações médias de .45 e .28, respetivamente,  $p \leq .02$ ). Na

Figura 3 representamos graficamente as pontuações médias nas dimensões da *Spiritual Assessment Scale* em função do tipo de coabitação dos participantes.

Tabela 19  
Pontuações médias e desvios-padrão da *Spiritual Assessment Scale* e na *Exercise of Self-Care Agency* em função da variável coabitação: Testes univariados ( $F$ ), magnitude do efeito experimental ( $\eta_p^2$ ) e poder da investigação ( $1-\beta$ )

	Coabitação									$F$ (2, 397)	$\eta_p^2$	$1-\beta$
	Só ( $n = 94$ )		Companheiro ( $n = 233$ )		Filhos/família/ou significativos ( $n = 73$ )		Total ( $N = 400$ )					
	$M$	$DP$	$M$	$DP$	$M$	$DP$	$M$	$DP$				
<i>Spiritual Assessment Scale</i> (Escala global)	4.30	.64	4.09	.79	4.42	.65	4.20	.75				
F1 – Fé pessoal	4.49	.69	4.26	.88	4.55	.65	4.37	.81	5.22**	.026	.830	
F2 – Prática religiosa	3.65	1.12	3.48	1.17	3.93	1.03	3.60	1.15	4.54**	.022	.771	
F3 – Paz espiritual	4.51	.78	4.33	.84	4.61	.74	4.42	.82	4.15*	.020	.731	
<i>Exercise of Self-Care Agency</i> (escala global)	3.20	.43	3.19	.48	3.17	.45	3.19	.46				
F1 - Iniciativa e responsabilidade	3.38	.49	3.29	.60	3.36	.58	3.32	.57	1.19	.006	.261	
F2 - Autoconceito	3.61	.35	3.57	.42	3.63	.41	3.59	.40	0.66	.003	.160	
F3 – Conhecimento e procura de informação	2.81	.92	3.00	.77	2.84	.99	2.93	.86	2.22	.011	.452	
F4 – Passividade (invertido)	2.52	.82	2.58	.87	2.36	.87	2.52	.86	1.92	.010	.398	

\*  $p < .05$  \*\* $p < .01$

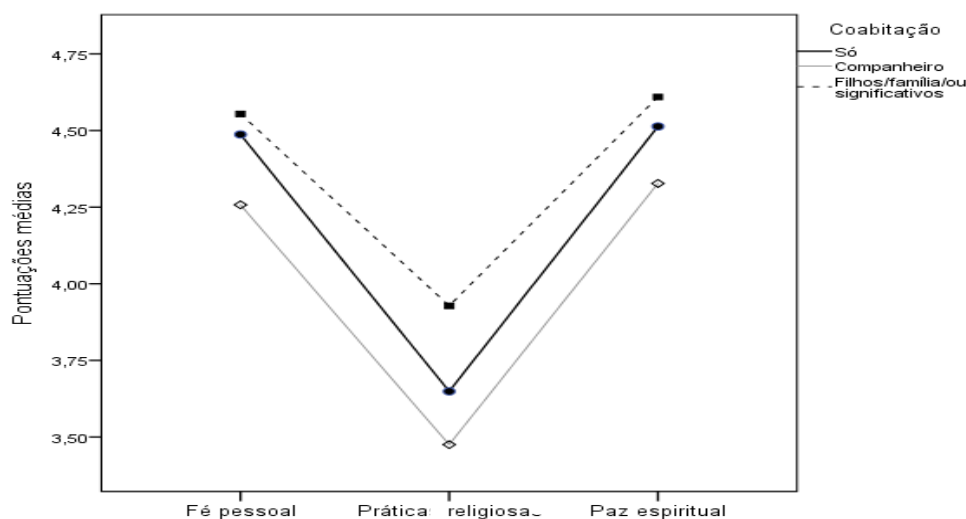


Figura 3 - *Spiritual Assessment Scale*: Representação gráfica das pontuações médias em função do tipo de coabitação dos participantes.

Constata-se, que as pessoas idosas que vivem com os filhos/família/ou outros significativos apresentaram médias mais elevadas de Fé pessoal, Prática religiosa e Paz espiritual do que os que referem coabitam com um/a companheiro/a. Apesar das mudanças que se tem assistido ao longo dos anos nas dinâmicas familiares, estes resultados podem estar associados ao facto de a pessoa idosa que coabita com filhos e/ou netos poder ter um maior envolvimento na educação dos mais novos, nomeadamente na transmissão de valores e crenças que influenciam a maneira de viver e de encarar o mundo, bem como, na integração e acompanhamento em práticas religiosas (como a participação em cerimónias religiosas ou educação religiosa) e, a partir desta dinâmica encontrar níveis mais elevados nestes domínios.

Relativamente ao domínio da Fé, Pfeiffer et al. (2018) referem que, esta dá propósito e significado, e é através deste significado e propósito que a pessoa encontra uma compreensão mais ampla da sua trajetória de vida.

Apesar desta perspetiva se poder constituir numa possível razão para que a pessoa idosa encontre níveis mais elevados de fé Pessoal mesmo vivendo só, considera-se relevante que em estudos posteriores sejam apreciados aspetos associados ao sentimento de solidão, uma vez que o sentimento de solidão pode estar relacionado com a ausência ou carência de relacionamentos e laços afetivos e sociais, logo algo interior ao indivíduo, já a condição do estar só, é apenas uma situação visível aos outros (Paço, 2016).

No que se refere à influência da variável coabitação com a capacidade de autocuidado, apesar de a MANOVA para a *Exercise of Self-Care Agency* ter apresentado um efeito global significativo da variável coabitação, esse efeito é fraco [Traço de Pillai = .052,  $F(8, 790) = 2.66$ ,  $p \leq .007$ ,  $\eta_p^2 = .026$ ,  $(1-\beta) = .933$ ]. Os testes univariados não acusam qualquer dimensão da escala em particular como significativa conforme se indica na Tabela 19. Os testes de Games-Howell também não indicaram diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos diferentes níveis da variável coabitação, indicando que esta não detém influência no autocuidado. Assim, prescindimos da representação gráfica das pontuações médias das dimensões da *Exercise of Self-Care Agency* em função dos níveis da variável coabitação.

## Autopercepção do estado de saúde

A espiritualidade é vista como um processo hermenêutico de compreensão de si mesmo e da vida vivida, movendo-se entre encontrar significado nos acontecimentos da vida e na vida como um todo (Rykkje et al, 2011).

O` Brain (2014) refere que quando a pessoa idosa vivencia incapacidades físicas, poderá obter um sentido de vida e paz através das crenças e comportamentos espirituais. Reforçando esta perspectiva, Malone, & Dadswell (2018) e Scortegagna et al (2018) afirmam que a pessoa idosa encontra na dimensão espiritual uma fonte de força, conforto e esperança para superar os desafios inerentes ao processo de envelhecimento.

Esta perspectiva, levou-nos a equacionar a influência da variável autopercepção do estado de saúde no Bem-estar espiritual e capacidade de autocuidado, pelo que no questionário constava uma questão referente à autopercepção do estado de saúde, que permitia aos respondentes responderem em três níveis: 1 = Incapaz cuidar de si, necessita ajuda de outra(s) pessoa(s), 2 = Capacidade para cuidar de si apesar da doença e 3 = Saudável, com capacidade par cuidar de si.

Submetemos, novamente, as dimensões da *Spiritual Assessment Scale* a uma MANOVA, tomando agora como variável independente a autopercepção do estado de saúde. O resultado do teste multivariado indicou um efeito global estatisticamente significativo [Traço de Pillai = .048,  $F(6, 792) = 3.28$ ,  $p = .003$ ,  $\eta_p^2 = .024$ ,  $(1-\beta) = .936$ ]. Os testes univariados (ver Tabela 20) identificam que este efeito global é devido à existência de diferenças ao nível das dimensões da escala Fé pessoal ( $\eta_p^2 = 4.3\%$ ) e Prática religiosa ( $\eta_p^2 = 2.9\%$ ), não se registando diferenças significativas quanto à dimensão Paz espiritual.

Os testes de comparação múltipla de Games-Howell apontam para pontuações superiores na Fé pessoal nas pessoas idosas que se autopercecionam como incapazes cuidar de si, comparativamente às com capacidade para cuidar de si apesar da doença e aos saudáveis (diferença de pontuações médias de .28 e .53, respetivamente,  $p \leq .001$ ). Registou ainda, ao nível desta dimensão, uma Fé Pessoal superior nas pessoas idosas que se autopercecionam com capacidade para cuidar de si apesar da doença comparativamente aos saudáveis (diferença de pontuações médias de .26,  $p = .002$ ).

No referente à dimensão Prática religiosa, os testes de comparação múltipla de Games-Howell registaram pontuações médias superiores nas pessoas idosas com autoperceção de incapazes de cuidar de si, necessitando da ajuda de outro(s), comparativamente quer as pessoas idosas com capacidade para cuidar de si apesar da doença e aos saudáveis (diferença de pontuações médias de .46 e .66 respetivamente,  $p \leq .003$ ). Entre as dimensões constituintes do Bem-estar espiritual, a dimensão das Prática religiosa é a que apresenta médias mais baixas em todos os grupos em análise.

Tabela 20

*Pontuações médias e desvios-padrão da Spiritual Assessment Scale e na Exercise of Self-Care Agency em função da variável autoperceção do estado de saúde: Testes univariados (F), magnitude do efeito experimental ( $\eta_p^2$ ) e poder da investigação (1- $\beta$ )*

	Autoperceção do estado de saúde									F (2, 397)	$\eta_p^2$	1- $\beta$
	Incapaz cuidar de si, necessita ajuda outros (n = 46)		Capacidade para cuidar de si apesar da doença (n = 220)		Saudável, com capacidade par cuidar de si (n = 134)		Total (N = 400)					
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP				
<i>Spiritual Assessment Scale</i> (Escala global)	4.51	.44	4.23	.71	4.03	.84	4.20	.75				
F1 – Fé pessoal	4.70	.39	4.42	.76	4.16	.94	4.37	.81	8.89**	.043	.972	
F2 – Prática religiosa	4.07	.76	3.61	1.13	3.41	1.23	3.60	1.15	5.87**	.029	.873	
F3 – Paz espiritual	4.53	.75	4.44	.81	4.36	.85	4.42	.82	.88	.004	.201	
<i>Exercise of Self-Care Agency</i> (escala global)	2.95	.44	3.21	.44	3.25	.49	3.19	.46				
F1 - Iniciativa e responsabilidade	3.22	.59	3.35	.55	3.32	.60	3.32	.57	1.02	.005	.228	
F2 - Autoconceito	3.34	.53	3.65	.34	3.58	.42	3.59	.40	11.63***	.055	.994	
F3 – Conhecimento e procura de informação	2.54	.88	2.92	.86	3.07	.80	2.93	.86	6.78**	.033	.918	
F4 – Passividade (invertido)	2.16	.70	2.49	.85	2.71	.87	2.52	.86	8.00**	.039	.955	

\*  $p < .05$  \*\* $p < .01$

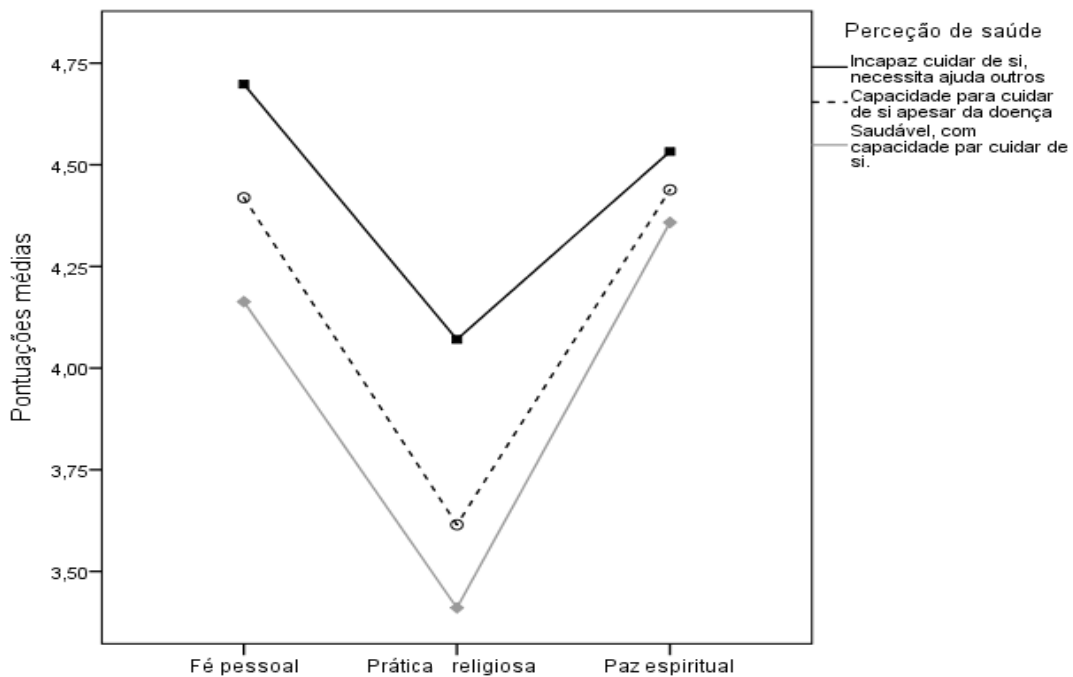


Figura 4 - *Spiritual Assessment Scale*: Representação gráfica das pontuações médias em função da autopercepção do estado de saúde dos participantes.

Os resultados sugerem que, nas experiências da vivencia de situações de doença e/ou incapacidade para cuidar de si, a pessoa idosa procura autotranscender e encontrar significado e propósito de vida através das práticas religiosas e fé pessoal.

O motivo subjacente a estes resultados poderá estar relacionado com os antecedentes do conceito de espiritualidade, tais como os eventos cruciais da vida, condições de doença e/ou morte, os quais podem fornecer um impulso para a consciência e crescimento espiritual (Domocmat, 2014; McBrien, 2006, Newlin et al., 2002; Tanyi, 2002; Weathers et al., 2016).

A repetição da MANOVA para a *Exercise of Self-Care Agency* indicou um efeito global significativo, com uma magnitude para o teste multivariado na ordem dos 6.5%: Traço de Pillai = .130,  $F(8, 790) = 6.84$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .065$ ,  $(1-\beta) > .999$ . Os testes univariados indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível das dimensões Autoconceito, Conhecimento e procura de informação e Passividade (invertido). Não se registaram diferenças ao nível da Iniciativa e responsabilidade (ver Tabela 20).

A realização dos testes de Games-Howell indicaram maiores pontuações ao nível do Autoconceito em pessoas idosas que se autopercecionam como saudáveis, com capacidade para cuidarem de si próprias, comparativamente aos incapazes de cuidar de si (diferença de pontuações médias de .25,  $p = .016$ ). As pessoas idosas que se autopercecionam como capazes de cuidar de si apesar da doença apresentaram também maiores pontuações comparativamente às pessoas idosas que referem sentir-se incapazes de cuidar de si, necessitando de apoio de outra(s) pessoa(s) (diferença de pontuações médias de .31,  $p = .001$ ).

A provável razão para que a vivência de situações de incapacidade para cuidar de si conduza a níveis mais baixos de autoconceito poderá estar relacionada com o impacto da dependência na identidade da pessoa. Alguns autores afirmam que a doença quando provoca a perda de controlo da pessoa perante as suas próprias rotinas, provoca alterações profundas no autoconceito (Kramer-Hile et al., 2014; Townsend et al., 2006). Assim, não ser capaz de desempenhar os papéis anteriores pode desencadear implicações existenciais e mudança na identidade. Num estudo desenvolvido por Rocha (2008) em pessoas idosas residentes em lar na ilha Terceira revelou que na dimensão interna do autoconceito foram encontrados valores baixos ao nível da identidade e, na dimensão externa ao nível autoconceito físico.

No referente ao fator Conhecimento e procura de informação, as pessoas idosas com autoperceção de incapazes cuidar de si apresentaram pontuações inferiores àquelas que possuem capacidade para cuidar de si apesar da doença e aos saudáveis, com capacidade para cuidarem de si próprios (diferença de pontuações médias de -.38 e -.53, respetivamente,  $p < .03$ ). Por último, para a dimensão Passividade (invertido), as pessoas idosas com autoperceção de saudáveis indicaram maior atividade comparativamente às pessoas idosas com autoperceção de incapazes de cuidarem de si e àqueles que possuem capacidade para cuidar de si apesar da doença (diferença de pontuações médias de .56 e .23, respetivamente,  $p < .05$ ). Registaram-se ainda diferenças entre as pessoas idosas com autoperceção de incapazes de cuidar de si e as com capacidade para cuidar de si apesar da doença (diferença de pontuações médias de -.33,  $p = .018$ ). A representação gráfica consta da Figura 5.

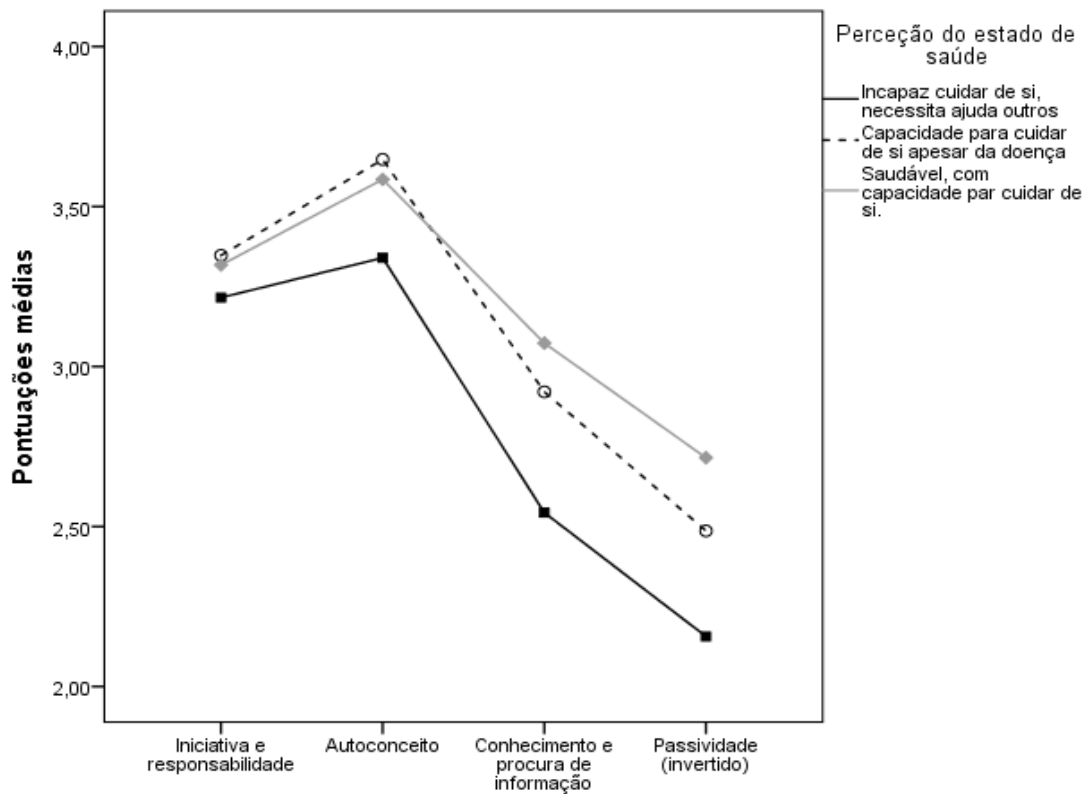


Figura 5 - *Exercise of Self-Care Agency*: Representação gráfica das pontuações médias em função da autopercepção do estado de saúde dos participantes.

Os resultados obtidos, evidenciam que cumulativamente, a vivência de situações de doença e de incapacidade da pessoa idosa cuidar de si estão associados a níveis mais baixos de Conhecimento e procura de informação, assim como, maior Passividade.

Se na pessoa idosa que refere ser incapaz de cuidar de si, necessitando de ajuda de outra pessoa, a gestão do autocuidado pode ser assegurada pelo cuidador como perspectivado na Teoria do Cuidar Dependente de Orem, nas pessoas idosas que referem capacidade para cuidar de si apesar da doença, uma maior passividade e níveis mais baixos de Conhecimento e procura de informação contribuem para uma menor capacidade de gestão do autocuidado, com implicações a médio e longo prazo na saúde individual.

A vivência de situações de doença requer aprendizagens específicas de monitorização das condições de saúde e de cumprimento de medidas terapêuticas para as quais são necessários novos conhecimentos, pelo que a capacidade para

procurar informação permite à pessoa idosa ter maior autocontrolo e tomar decisões fundamentadas sobre a sua saúde.

A procura de informação para cuidar de si, surge associada à temática da literacia em saúde, que é definida pela OMS como o grau em que os indivíduos têm a capacidade de obter, processar e entender as informações básicas de saúde para utilizarem os serviços e tomarem decisões adequadas de saúde (DGS, 2019).

Em Portugal, registam-se níveis de literacia considerados problemáticos ou inadequados, particularmente em pessoas idosas, pessoas com doenças crónicas, com baixos níveis de escolaridade e baixos rendimentos (DGS, 2018).

Para Serrão (2014), o baixo grau de literacia em saúde verificado nas pessoas idosas, cujas necessidades são mais profundas e em constante mudança, podem condicionar a sua capacidade de obter informações relevantes sobre saúde, assim como, a oportunidade e a capacidade de aplicar essa informação.

Num estudo realizado com pessoas idosas chinesas residentes em lares, foi identificado que a literacia em saúde pode influenciar o estado de saúde por meio comportamentos de autocuidado e apoio social (Liu et al, 2018). Níveis baixos de literacia em saúde surgem associados a baixo nível de conhecimento para gerir as situações de doença crónica (Jacobs et al, 2017),

## 2.2 CONTRIBUTO DO BEM ESTAR ESPIRITUAL NA CAPACIDADE DE AUTOUIDADO: UM MODELO ESTRUTURAL PREDITIVO

Nesta rubrica analisa-se o contributo do Bem-estar Espiritual das pessoas idosas na Capacidade de Autocuidado. Para o efeito realizámos um modelo estrutural da previsão da Capacidade de Autocuidado estimado através do Bem-estar Espiritual, com base nas medidas de Bem-estar Espiritual e Capacidade de Autocuidado e fatores constituintes. Este modelo, representado na Figura 6, apresentou-se ajustado no que respeita aos coeficientes:  $\chi^2/978_{gl} = 2.22$ ,  $p < .001$ , SRMR = .075 e RMSEA = .055 (LO90 = .052, HI90 = .058). Obtivemos índices de ajustamento ligeiramente sofríveis para o NFI = .762, CFI = .853 e TLI = .844 apesar de, no geral, consideramos o modelo com ajustamento aceitável.

Conforme se ilustra no modelo, procedemos à correlação dos erros identificados com maior índice de modificação, correspondendo à correlação entre os erros e2 e e3, e8 e e9, e19 e e24, bem como 52 e 53. Estas covariações entre os erros podem dever-se, segundo Aish e Jöreskog (1990), a alguma redundância entre os descritores, da sequência de posicionamento dos itens nas medidas utilizadas, bem como de idiosincrasias nas respostas.

O modelo estrutural da Figura 6 indicou que o Bem-estar espiritual, nas suas dimensões constituintes Fé pessoal, Prática religiosa e Paz espiritual, explicam  $R^2 = 16\%$  da Capacidade de autocuidado ( $\beta = .40$ ,  $p < .001$ ), validando a relação conceptual entre os dois construtos.

Não tendo sido identificados estudos que ao explorarem o Bem-estar espiritual na capacidade de autocuidado em pessoas idosas pudessem contribuir para esta reflexão, optou-se por mobilizar estudos relacionados com a temática. Mohammadi (2017) e seus colaboradores, identificaram que o bem-estar religioso surge como variável preditora da capacidade de autocuidado em pessoas idosas. Malone e Dadsweel (2018) mencionam que a religião, a espiritualidade e/ou crenças desempenham vários papéis na vida cotidiana das pessoas idosas, incluindo constituírem-se como fonte de força, conforto e esperança em momentos difíceis, devendo ser vistos como um tipo de apoio (entre outros) que podem contribuir para um envelhecimento positivo.

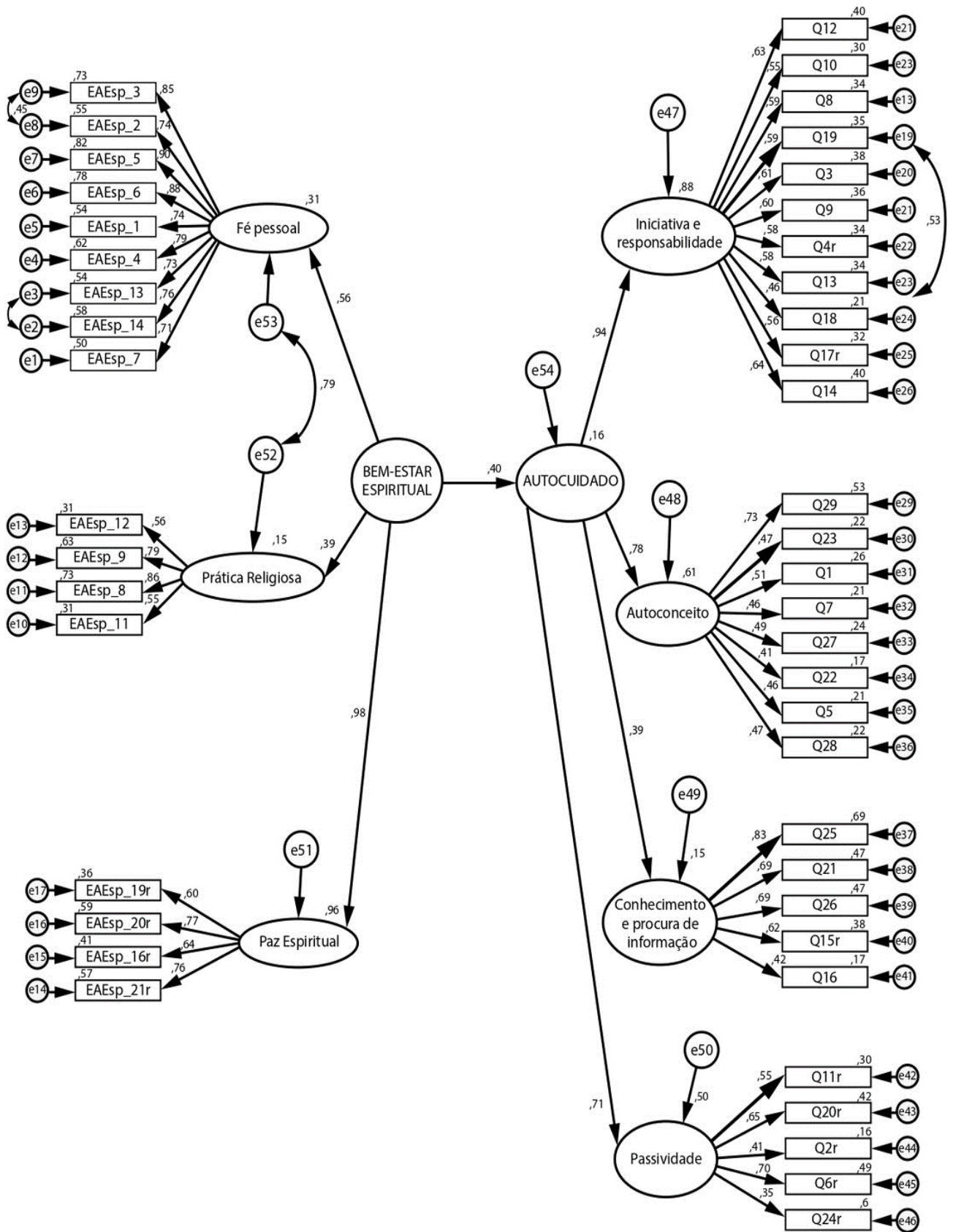


Figura 6 - Previsão da Capacidade de Autocuidado estimado através do Bem estar Espiritual: modelo estrutural estimado

Esta percentagem explicativa de 16% da previsão da Capacidade de autocuidado estimado através do Bem-estar espiritual, ainda que à partida possa parecer baixa, revela-se significativa em termos de ganhos em saúde nomeadamente na autogestão de situações de doença, bem como, em comportamentos de autocuidado que visam a promoção da saúde da pessoa idosa.

A abrangência desse potencial pode ser perspetivada quando se analisam os resultados provisórios do Censos de 2021, os quais revelam um crescimento de 20,6% do grupo da população idosa, entre 2011 e 2021 (Instituto Nacional de E, 2021). Os dados do Ministério da Saúde (2018) referem ainda que entre os principais problemas de saúde que mais afetam as pessoas idosas Portugueses encontram-se, as doenças musculoesqueléticas (lombalgias e cervicalgia), perturbações depressivas, demências, diabetes e a doença cardiovascular.

Em Portugal, apesar da esperança média de vida se situar nos 81.2 anos (o valor estimado nos 27 países da União Europeia é de 80.1 anos), o país ocupa os últimos lugares no que se refere ao número de anos de vida saudável após os 65 anos (7.9 anos para os homens e 6.9 para as mulheres) (PRODATA, 2022). Com base nesta realidade, as pessoas idosas portuguesas esperam viver mais, mas menos anos sem incapacidade<sup>19</sup> física.

Face aos resultados apurados, o apoio à capacidade de autocuidado integrando o Bem-estar espiritual deve ser equacionado como uma das dimensões a ser incluída no cuidar em enfermagem à pessoa idosa. Segundo Freitas et al. (2016), a espiritualidade não deve ser analisada isoladamente, necessita estar associada a uma visão holística do ser humano.

Considerando os resultados anteriormente apurados, a análise da regressão linear múltipla multivariada, efetuada de seguida, permitiu-nos avaliar as trajetórias entre cada dimensão da escala de Bem-estar Espiritual e cada dimensão da Capacidade de Autocuidado. Os resultados indicam-se na Figura 7.

---

<sup>19</sup> O termo incapacidade surge na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) associado a deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação (DGS, 2004). Estas condições têm repercussões no desenvolvimento de Atividades de Vida Diária (relacionadas com o cuidado pessoal) e/ou Atividades Instrumentais de Vida Diária (relacionadas com que estão associadas com a capacidade ou tarefas necessárias para a pessoa ser autónoma na gestão do ambiente em que vive (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, 2011).

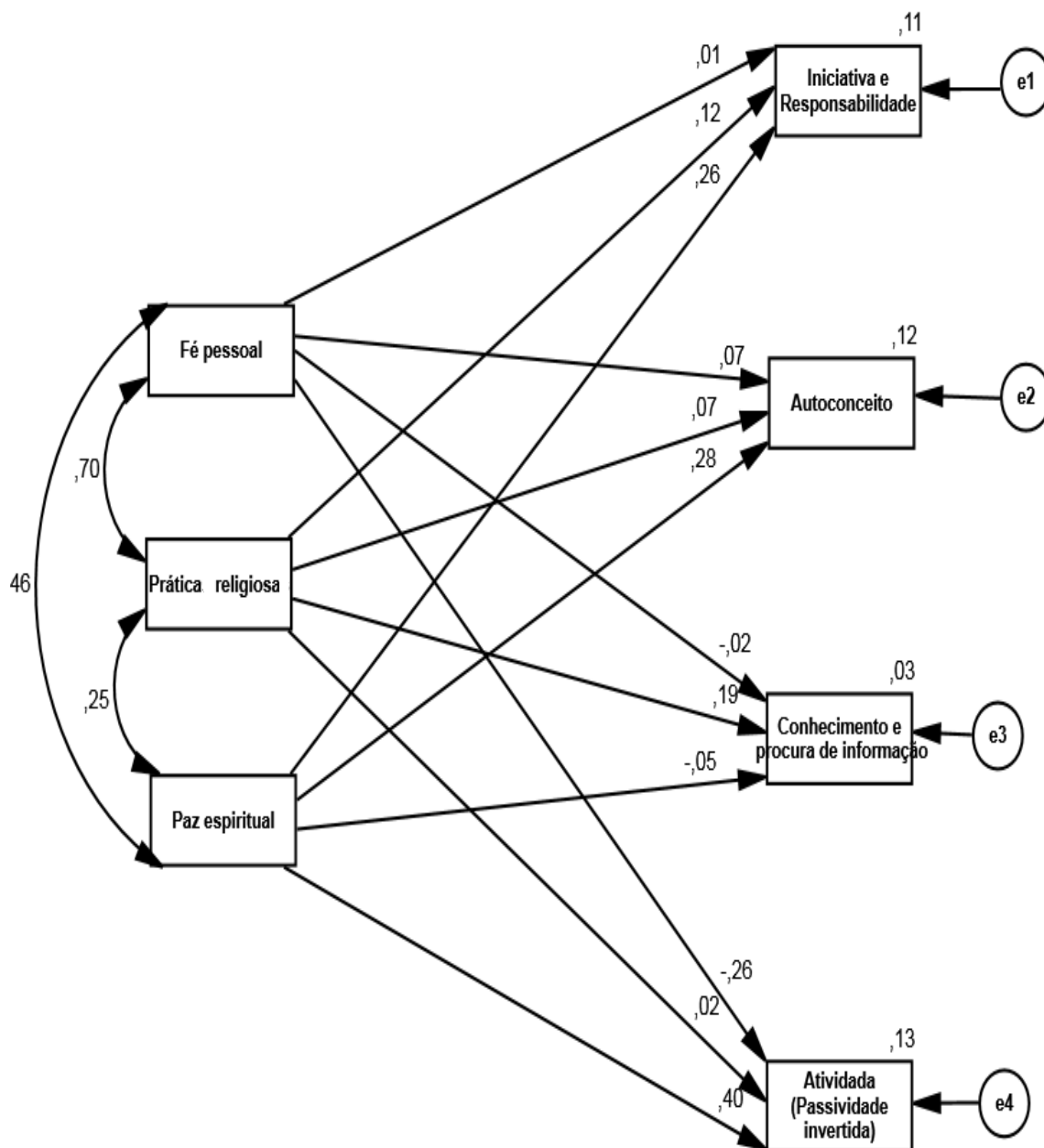


Figura 7 - Modelo de regressão linear múltipla multivariada das dimensões da Capacidade de Autocuidado previstas a partir dos fatores do Bem-estar Espiritual

O modelo das três dimensões do Bem-estar Espiritual explica  $R^2 = 13\%$  da Passividade (invertida),  $R^2 = 12\%$  do Autoconceito,  $R^2 = 11\%$  da Iniciativa e responsabilidade e apenas  $R^2 = 3\%$  do Conhecimento e procura de informação. Ao analisar as trajetórias das variáveis preditoras para as variáveis critério, verificamos que a trajetória com maior efeito consiste da influência da Paz espiritual na

dimensão Passividade (invertida),  $\beta = .40$ ,  $p < .001$ ), no Autoconceito ( $\beta = .28$ ,  $p < .001$ ) e na Iniciativa e responsabilidade ( $\beta = .26$ ,  $p < .001$ ) (Tabela 21).

A provável razão para os resultados obtidos, parece estar associada ao facto da pessoa idosa ao considerar a relação com Deus ou um Poder superior como parte imprescindível à sua vida, utiliza a harmonia estabelecida nesta conexão com Deus ou um Poder superior como uma fonte de energia promotora de comportamentos que visam cuidar de si no domínio da saúde, nomeadamente através de uma atitude mais ativa para o autocuidado e maior iniciativa e responsabilidade.

Para O'Brien (2014) a Paz espiritual<sup>20</sup> integra um estado de tranquilidade e harmonia interior com Deus ou um Poder superior. Engloba ainda a satisfação com a fé, a sensação de proximidade de Deus, a ausência de medo, a reconciliação e a segurança no amor de Deus.

Nesta procura de harmonia interior com Deus ou um Poder superior, a pessoa idosa poderá ainda refletir sobre as experiências vividas, o seu papel no mundo e, através desta reflexão reestruturação ou reforçar o seu autoconceito.

Segue-se a influência da Fé pessoal na dimensão Passividade (invertido) ( $\beta = -.26$ ,  $p < .001$ ). Encontramos ainda um efeito significativo da influência da Prática religiosa no Conhecimento e procura de informação ( $\beta = .19$ ,  $p = .007$ ). As restantes trajetórias não atingem o limiar de significação estatística, conforme se pode verificar na Tabela 21.

---

<sup>20</sup> A Paz Espiritual incorpora e advoga a sensação de viver no amor de Deus, aceitar a força de Deus, o conhecimento que somos todos filhos de Deus e encontrar paz no amor e perdão de Deus. Surgindo como o oposto da *Distress* espiritual (O'Brien, 2014).

Tabela 21

*Coefficientes não standardizados (b), erros-padrão (EP), rácios-críticos (CR) e coeficientes de regressão standardizados ( $\beta$ ): Modelo de regressão múltipla multivariada da Capacidade de Autocuidado estimada a partir do Bem-estar Espiritual*

<i>Dimensões do Bem-estar Espiritual</i>		<i>Dimensões da Capacidade de Autocuidado</i>	<i>b</i>	<i>EP</i>	<i>RC</i>	$\beta$	<i>p</i>
Fé Pessoal	<input type="checkbox"/>	Iniciativa e responsabilidade	.006	.052	.122	.009	.903
Fé Pessoal	<input type="checkbox"/>	Autoconceito	.035	.036	.974	.070	.330
Fé Pessoal	<input type="checkbox"/>	Conhecimento e procura de informação	-.022	.080	-.279	-.021	.780
Fé Pessoal	<input type="checkbox"/>	Passividade (invertido)	-.271	.077	-3.539	-.255	***
Prática Religiosa	<input type="checkbox"/>	Iniciativa e responsabilidade	.062	.033	1.853	.124	.064
Prática Religiosa	<input type="checkbox"/>	Autoconceito	.026	.023	1.099	.073	.272
Prática Religiosa	<input type="checkbox"/>	Passividade (invertido)	.013	.050	.252	.017	.801
Paz Espiritual	<input type="checkbox"/>	Iniciativa e responsabilidade	.184	.038	4.918	.263	***
Paz Espiritual	<input type="checkbox"/>	Autoconceito	.137	.026	5.223	.277	***
Paz Espiritual	<input type="checkbox"/>	Conhecimento e procura de informação	-.048	.058	-.817	-.046	.414
Paz Espiritual	<input type="checkbox"/>	Passividade (invertido)	.417	.056	7.485	.396	***
Prática Religiosa	<input type="checkbox"/>	Conhecimento e procura de informação	.142	.052	2.720	.190	.007

\*\*\*  $p < .001$

Como referido, na análise das trajetórias das variáveis preditoras para as variáveis critério, identificou-se uma influência negativa da Fé pessoal na dimensão Passividade (invertido). Resultados similares também foram identificados nos estudos de Bhattacharya (2013) e Casarez et al. (2010), nos quais a crença de que a fé em Deus pode conduzir à cura, não sendo necessário o envolvimento da pessoa nas práticas de autocuidado, foi identificada como inibidora da tomada de decisão e envolvimento em ações de autocuidado.

A possível razão para os resultados identificados poderá estar associada à confiança no poder de Deus e na sua providência, já que segundo O'Brien (2014) a fé pessoal é uma reflexão de valores transcendentais e de filosofia da vida de cada indivíduo, envolvendo a crença na existência de Deus (ou ser superior), a

confiança no poder de Deus e na sua providência. Reforça esta perspectiva de confiança, etimologicamente da palavra “fé”, tem origem latina, *fides*, e grega, *pistis*, e é compreendida como fidelidade, motivo pelo qual está comumente associada à confiança profunda em algo (Panasiewicz, 2013).

Os resultados encontrados nesta investigação, revelam ainda que a Prática religiosa promove positivamente o Conhecimento e procura de informação.

O motivo subjacente a estes resultados pode estar relacionado com o facto da prática religiosa ao configurar a relação da pessoa com o sagrado, podem ter um impacto considerável no sentido de vida e proporcionar resiliência diante dos desafios de cuidar de si no domínio da saúde, já que para O'Brien (2014) as práticas religiosas estão operacionalizadas em termos de rituais espirituais, tais como a participação em atividades religiosas organizacionais e não organizacionais.

Num estudo desenvolvido por Casarez et al. (2010), a oração surge como uma fonte de força e determinação para a autogestão.

Por outro lado, as práticas religiosas organizacionais ao reunirem pessoas com propósitos comuns, criam e fortalecem redes de apoio. Os mesmos autores consideram que a participação nos cultos religiosos e a convivência entre os membros proporcionam, aprender que Deus fomenta a importância de cuidar de si, e dar testemunho sobre como cuidar da sua condição de saúde. Perspetiva que não é corroborada por Bhattacharya (2013) segundo o qual os locais de culto não devem ter qualquer papel a desempenhar na gestão da doença.

Uma das questões que os dados desta investigação levantaram residiu na análise do efeito do Bem-estar espiritual na autoperceção do estado de saúde, mediado pela capacidade de autocuidado, pelo que se procedeu a esta análise.

## 2.3 INFLUÊNCIA DO MODELO NA AUTOPERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

Para análise do efeito do Bem-estar espiritual na autoperceção do estado de saúde, mediado pela capacidade de autocuidado, efetuámos nova regressão linear múltipla multivariada, conforme indicado na

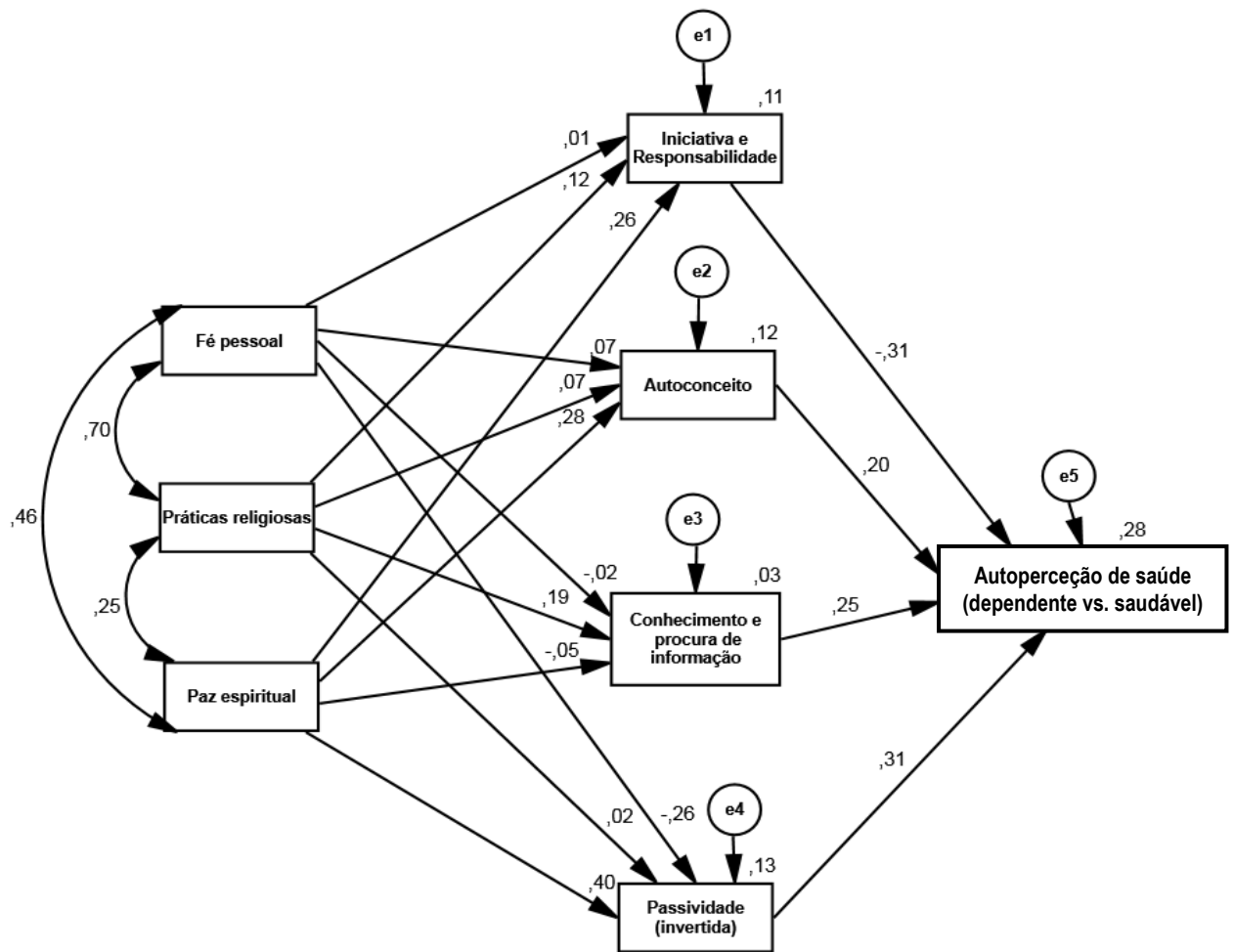


Figura 8.

Previamente, procedemos à dicotomização da variável autoperceção do estado de saúde, selecionando apenas as pessoas idosas dependentes (0 = autoperceção de incapaz de cuidar de si, necessita ajuda outra(s) pessoa(s); n = 46) e as saudáveis (1 = autoperceção de saudável, com capacidade par cuidar de si; n = 134), excluindo as pessoas idosas com autoperceção de capacidade para cuidar de si apesar da doença (n = 220).

As trajetórias definidas para o modelo estabeleceram cada dimensão da Capacidade de Autocuidado como mediadora na relação entre cada dimensão da escala de Bem-estar Espiritual e a autopercepção do estado de saúde. Assim, testámos o modelo acrescentando a influência detida na autopercepção do estado de saúde (dependente vs. saudável).

Os resultados indicam que, no global, o modelo de mediação explica  $R^2 = 28\%$  da autopercepção do estado de saúde. Entre as trajetórias mais influentes contam-se a influência da Paz espiritual na Passividade (invertido); efeito direto de  $\beta = .40$ ) e, por sua vez, a influência da Passividade (invertido) na autopercepção do estado de saúde (efeito direto de  $\beta = .31$ ), registando-se um efeito indireto (mediado pela Passividade –invertido) de  $\beta = .124$ . Assim, a paz espiritual, agindo positivamente sobre a atividade (no autocuidado), detém uma influência positiva na autopercepção do estado de saúde.

Regista-se também uma influência da Paz espiritual no autoconceito (efeito direto de  $\beta = .28$ ) e deste na autopercepção do estado de saúde (efeito direto de  $\beta = .20$ ), registando-se um efeito indireto de pequena magnitude ( $\beta = .056$ ). A paz espiritual influencia positivamente o autoconceito e este a autopercepção do estado de saúde.

Outra trajetória interessante prende-se com a ligação da Paz espiritual à Iniciativa e responsabilidade (efeito direto de  $\beta = .26$ ) e desta na autopercepção do estado de saúde (efeito direto de  $\beta = -.31$ ), indicando que a Paz espiritual promove a Iniciativa e responsabilidade, repercutindo-se este efeito nas pessoas idosas dependentes (efeito indireto de  $\beta = -.081$ ).

Por último, regista-se um efeito direto do Conhecimento e procura de informação na autopercepção do estado de saúde ( $\beta = .25$ ) e um efeito de mediação através das Prática religiosa. Assim, as Prática religiosa promovem positivamente o Conhecimento e procura de informação (efeito direto de  $\beta = .19$ ) e este Conhecimento e procura de informação determina uma autopercepção favorável do estado de saúde (efeito direto de  $\beta = .20$ ), sendo o efeito de mediação de direto de  $\beta = .048$ .

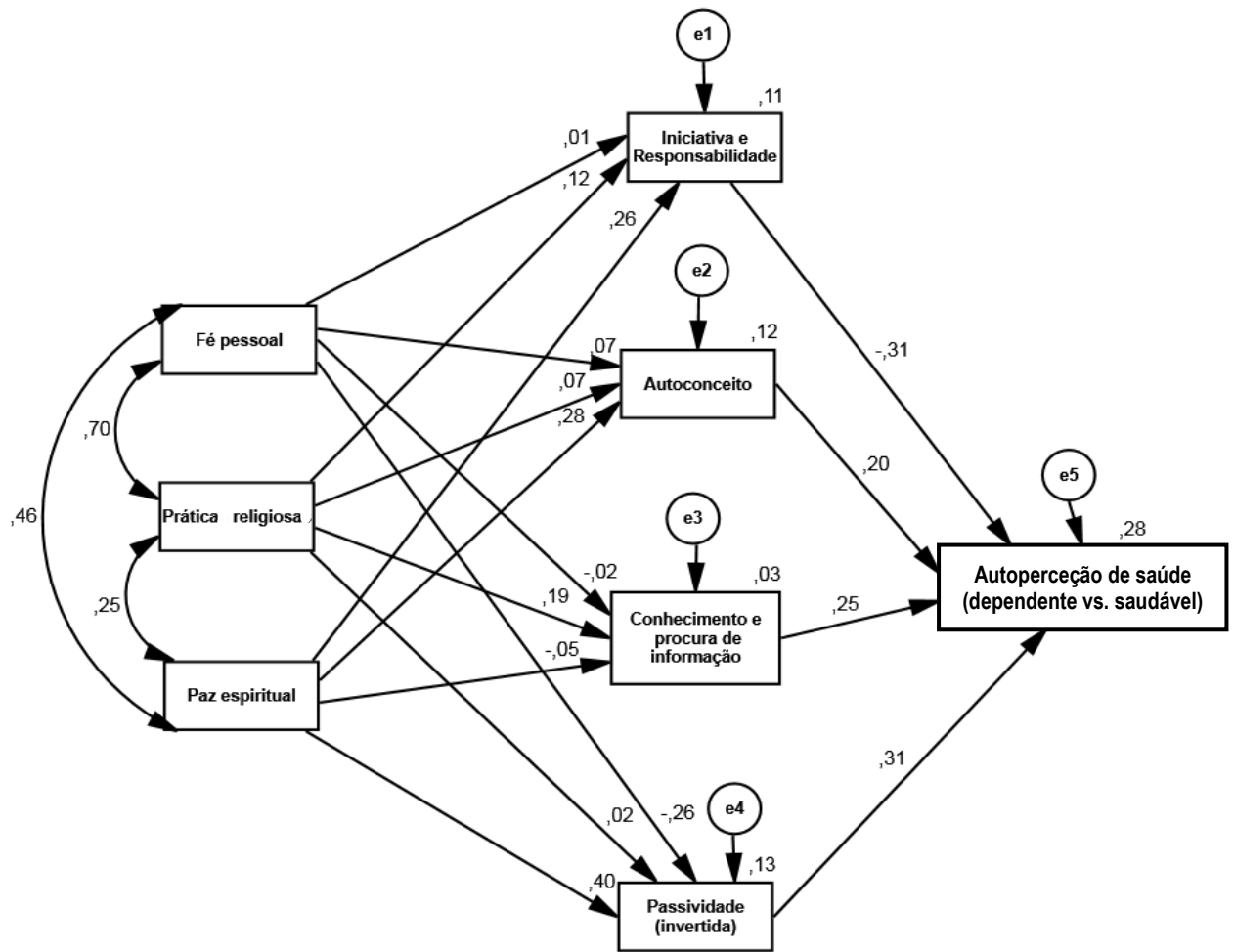


Figura 8 - Previsão da autopercepção de saúde (dependente vs. saudável) a partir do bem-estar espiritual, mediado pela Capacidade de Autocuidado: modelo estimado de regressão múltipla multivariada

Na Tabela 22 indicamos os coeficientes e níveis de significação calculados neste modelo de regressão múltipla multivariada com mediação.

Tabela 22

*Coeficientes não estandardizados (b), erros-padrão (EP), rácios-críticos (RC) e coeficientes de regressão estandardizados ( $\beta$ ): Modelo de regressão múltipla multivariada da Capacidade de Autocuidado estimada a partir do Bem-estar Espiritual*

			<i>b</i>	<i>EP</i>	<i>RC</i>	$\beta$	<i>p</i>
Fé Pessoal	<input type="checkbox"/>	Iniciativa e responsabilidade	.006	.052	.122	.009	.903
Fé Pessoal	<input type="checkbox"/>	Autoconceito	.035	.036	.974	.070	.330
Fé Pessoal	<input type="checkbox"/>	Conhecimento e procura de informação	-.022	.080	-.279	-.021	.780
Fé Pessoal	<input type="checkbox"/>	Passividade (invertido)	-.271	.077	-3.539	-.255	***
Prática Religiosa	<input type="checkbox"/>	Iniciativa e responsabilidade	.062	.033	1.853	.124	.064
Prática Religiosa	<input type="checkbox"/>	Autoconceito	.026	.023	1.099	.073	.272
Prática Religiosa	<input type="checkbox"/>	Passividade (invertido)	.013	.050	.252	.017	.801
Paz Espiritual	<input type="checkbox"/>	Iniciativa e responsabilidade	.184	.038	4.918	.263	***
Paz Espiritual	<input type="checkbox"/>	Autoconceito	.137	.026	5.223	.277	***
Paz Espiritual	<input type="checkbox"/>	Conhecimento e procura de informação	-.048	.058	-.817	-.046	.414
Paz Espiritual	<input type="checkbox"/>	Passividade (invertido)	.417	.056	7.485	.396	***
Prática Religiosa	<input type="checkbox"/>	Conhecimento e procura de informação	.142	.052	2.720	.190	.007
Autocuidado_Passividade	<input type="checkbox"/>	Autoperceção de saúde (dependente vs saudável)	.165	.034	4.826	.308	***
Autocuidado_ Conhecimento e procura de informação	<input type="checkbox"/>	Autoperceção de saúde (dependente vs saudável)	.136	.034	3.980	.253	***
Autocuidado_Autoconceito	<input type="checkbox"/>	Autoperceção de saúde (dependente vs saudável)	.233	.073	3.195	.205	.001
Autocuidado_Iniciativa	<input type="checkbox"/>	Autoperceção de saúde (dependente vs saudável)	-.253	.052	-4.903	-.314	***

\*\*\*  $p < .001$

Embora o fenómeno não tenha sido investigado da mesma forma noutros estudos, procurou-se identificar na literatura contributos para a reflexão destes

achados. Reportando resultados com alguma similaridade, Helvaci et al. (2020) relatam a existência de uma correlação positiva entre Bem-estar espiritual e menor número de sintomas e adesão à medicação em pessoas com DPOC. Com base numa revisão da literatura Disler et al. (2012), identificam que entre os fatores que influenciam a autogestão da DPOC por meio da resiliência encontram-se aspectos da dimensão espiritual, tais como o sentido de vida, a religiosidade e as crenças.

A espiritualidade/religiosidade foi também identificada por Silva et al (2021), como um modo de lidar com as escolhas relativas ao autocuidado e a mecanismos de *coping* na doença. Refletindo sobre o modo como o mesmo se processa, os autores expõem que as pessoas idosas atribuem aos profissionais de saúde a responsabilidade de conhecer e dar orientações relativas à prevenção e indicações terapêuticas relativas à sua doença, pelo que necessitam destas e também de Deus para os fortalecer nos processos de tomada de decisão em saúde.

A possível razão para os nossos resultados, identificarem entre as trajetórias mais influentes que a Paz espiritual agindo positivamente sobre a capacidade de autocuidado [nos domínios Iniciativa e responsabilidade, Autoconceito e Passividade (invertido)] detenha uma influência positiva na autopercepção do estado de saúde, poderá em parte, ser perspectivada na identificação do *Empowerment* como um conseqüente da espiritualidade (Newlin et al., 2002, Weathers et al., 2016). De modo similar, a Prática religiosa promove positivamente o Conhecimento e procura de informação e este determina uma autopercepção favorável do estado de saúde.

Estes resultados permitem colocar novas reflexões no cuidar em enfermagem. Promover a saúde e bem-estar potenciando a capacidade de autocuidado na pessoa idosa, implica não apenas considerar aspectos relacionados com as limitações que restringem as operações de autocuidado ou fatores condicionantes básicos defendidos na Teoria do déficit de autocuidado de enfermagem de Orem (2001), mas também equacionar o Bem-estar espiritual.

Os dados obtidos, levaram ao questionamento sobre o possível efeito moderador da autopercepção do estado de saúde na relação entre o bem-estar espiritual e a capacidade de autocuidado.

### 3 EFEITO DE MODERAÇÃO DA AUTOPERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE NA RELAÇÃO ENTRE O BEM-ESTAR ESPIRITUAL E A CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO

Diferentes autores referem que, eventos cruciais da vida, tais como as condições de doença ou morte podem fornecer um impulso para a consciência e crescimento espiritual (Domocmat, 2014; McBrien, 2006, Newlin et al., 2002; Tanyi, 2002; Weathers et al., 2016).

A dimensão espiritual é ainda identificada como recurso pessoal capaz de interferir de forma positiva na gestão do autocuidado em situações de doença crónica (Moura et al., 2020; Rafael, 2015; Rocha e Ciosak, 2014; Vitorino & Vianna, 2012). Face a estas perspetivas testámos o possível efeito moderador da autoperceção do estado de saúde na relação entre as dimensões do bem-estar espiritual e a capacidade de autocuidado.

#### Capacidade de autocuidado (escala global)

Realizámos uma análise da regressão hierárquica, tomando como variável preditora estandardizada a Fé Pessoal, como variável de moderação a autoperceção do estado de saúde (dependente vs saudável) e como variável critério a escala global da *Exercise of Self-Care Agency* (Capacidade de Autocuidado). O modelo preditivo de moderação revelou-se estatisticamente significativo,  $F(3, 176) = 11.08, p < .001, r = .389, R^2 = .159, R^2_{aj} = .144, erro\ padrão\ (EP) = .454$ . Conforme se pode verificar na Tabela 23, os resultados indicaram um efeito de moderação (Autoperceção de saúde X Fé pessoal) significativo:  $b = -.31, \beta = -.64, t = -2.12, p = .035$ . Este efeito explica  $R^2 = 2.2\%$  do efeito total de 15.9%.

Tabela 23

*Análise do efeito de moderação do estado de saúde na relação entre a fé pessoal e a capacidade de autocuidado*

VD: <i>Exercise of Self-Care Agency</i> (escala global)	b	EP	$\beta$	t
Constante	2.79	.09		32.11**
<i>Preditores:</i>				
Autoperceção de saúde (dicotómico)	.48	.10	.43	5.05**
Fé pessoal (Zscore)	.42	.14	.91	2.94**
Autoperceção de saúde (dicotómico) X Fé pessoal (Zscore)	-.31	.15	-.64	-2.12*

\* $p < .05$  \*\*  $p < .01$

A Figura 9 representa graficamente o efeito de Moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a fé pessoal e a capacidade de autocuidado. Verificamos que, em geral, as pessoas idosas saudáveis apresentam pontuações médias superiores de Capacidade de autocuidado. Comparativamente as pessoas idosas dependentes e as pessoas idosas com Fé pessoal mais elevada apresentam pontuações médias de Capacidade de autocuidado mais elevadas comparativamente aqueles que possuem níveis baixos de Fé pessoal.

Relativamente ao efeito de moderação constata-se que, quando a Fé pessoal é baixa, a Capacidade de autocuidado (global) é mais elevada nas pessoas idosas saudáveis. No entanto, quando a Fé pessoal é alta, a diferenciação entre pessoas idosas saudáveis e dependentes tende a desaparecer, no que concerne à Capacidade de autocuidado. Assim, a Fé pessoal parece apresentar-se como impulsionadora da Capacidade de autocuidado, desempenhando um papel fundamental na situação de pessoas idosas dependentes.

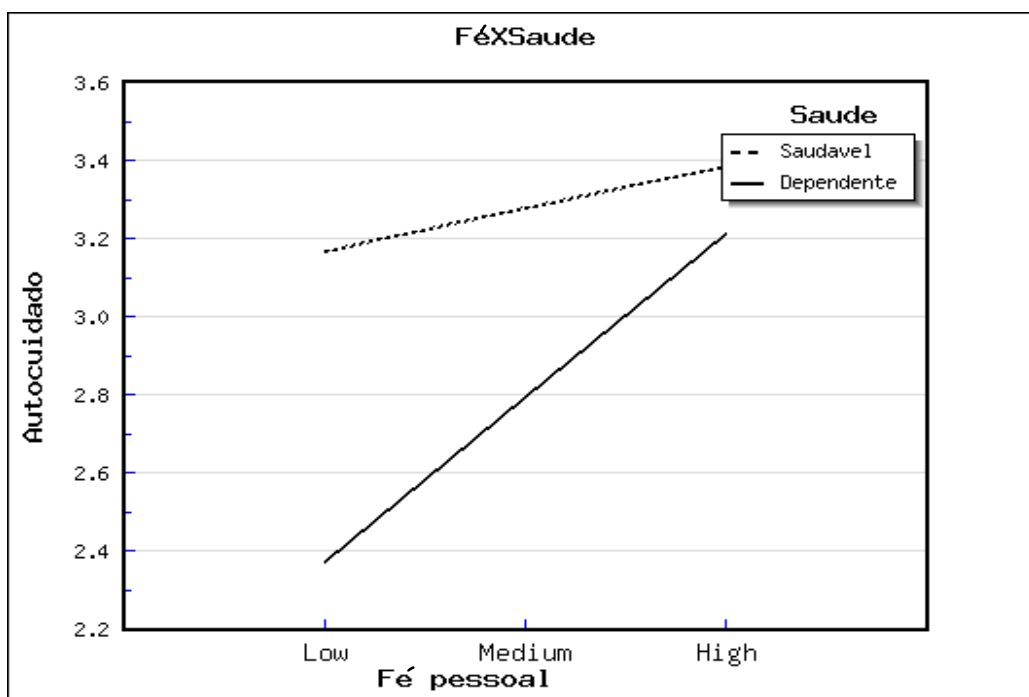


Figura 9 - Efeito de Moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a fé pessoal e a capacidade de autocuidado

Estes resultados são corroborados pelos achados de Orellano-Colón, et al. (2020), que ao procurarem obter uma compreensão da pessoa, do ambiente e das estratégias de autogestão usadas para superar as incapacidades nas AVD e AIVD em mulheres hispânicas idosas residente em contexto comunitário, identificaram: a) o modo como realizam a atividade, b) o ritmo e frequência da atividade (mais lento e menos frequente), c) o planeamento da atividade, com vista à gestão do esforço. Mas, estas estratégias foram moderadas por fatores psicológicos (atitude positiva, perseverança) e fatores associados à dimensão espiritual (fé em Deus).

Seguidamente, realizámos nova análise da regressão hierárquica, tomando como variável preditora estandardizada a Prática Religiosa, como variável de moderação o estado de saúde (dependente vs saudável) e como variável critério, novamente, a escala global da *Exercise of Self-Care Agency* (Capacidade de Autocuidado). O modelo preditivo de moderação revelou-se também estatisticamente significativo,  $F(3, 176) = 9.72, p < .001, r = .377, R^2 = .142, R^2_{aj} = .128, erro\ padrão\ (EP) = .459$ . O efeito de moderação (Autoperceção de saúde X Prática Religiosa) mostrou-se estatisticamente significativo,  $b = -.27, \beta = -.51, t = -2.23, p = .027$ , explicando  $R^2 = 2.4\%$  do efeito total de  $14.2\%$  (Ver Tabela 24).

Tabela 24

*Análise do efeito de moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Prática Religiosa e a capacidade de autocuidado*

VD: <i>Exercise of Self-Care Agency</i> (escala global)	b	EP	$\beta$	t
Constante	2.79	.09		32.80**
<i>Preditores:</i>				
Autoperceção de saúde (dicotómico)	.47	.09	.42	5.01**
Prática Religiosa (Zscore)	.35	.11	.74	3.10**
Autoperceção de saúde (dicotómico) X Prática Religiosa (Zscore)	-.27	.12	-.51	-2.23*

\* $p < .05$  \*\*  $p < .01$

Procedeu-se à representação gráfica do efeito de Moderação (ver Figura 10). Em conformidade com os resultados encontrados anteriormente, globalmente, as pessoas idosas saudáveis apresentam pontuações médias superiores de Capacidade de autocuidado comparativamente as pessoas idosas dependentes e as pessoas idosas com Práticas religiosas mais elevada apresentam pontuações

médias de capacidade de autocuidado mais elevadas comparativamente aquelas com menos Práticas Religiosas.

O efeito de moderação também se encontra em linha com o anterior. Assim, quando as práticas religiosas são menores, a Capacidade de autocuidado global é mais elevada nas pessoas idosas saudáveis. No entanto, quando as práticas religiosas aumentam, pessoas idosas saudáveis e dependentes tendem a aproximar-se na Capacidade de autocuidado, parecendo as práticas religiosas fomentarem a Capacidade autocuidado nas pessoas idosas dependentes, aproximando-os assim das pessoas idosas saudáveis.

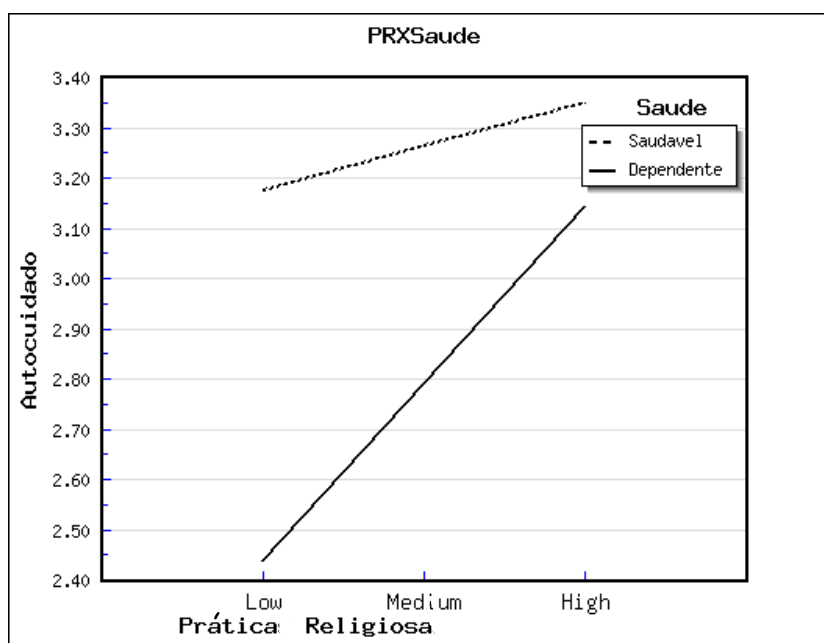


Figura 10 - Efeito de Moderação da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Prática Religiosa e a capacidade de autocuidado

Resultados similares são reportados por Foch et al. (2017), que através de uma revisão sistemática da literatura realizada entre 2003 e 2013, identificaram a religião e a espiritualidade como facilitadores de comportamentos mais saudáveis e de mecanismos de *coping* em situações de doenças crônicas e fim de vida.

Estando a religiosidade relacionada ao quanto um indivíduo acredita, segue e pratica uma determinada religião (Koenig et al., 2012), esta poderá funcionar como

um mecanismo de *coping*, permitindo uma melhor adaptação nas situações de doença (Li e Shun, 2016, Litalien et al. 2020, Peteet et al, 2018; Santos et al, 2013).

Por último, no que concerne ao possível efeito moderador da autoperceção do estado de saúde na relação entre a paz espiritual e Capacidade de autocuidado, não encontramos um efeito de moderação estatisticamente significativo (Autoperceção de saúde X Paz espiritual),  $b = -.101$ ,  $\beta = -.19$ ,  $t = -1.28$ ,  $p = .201$  ( $R^2 = .01\%$  do efeito total de 20.3%). No entanto (ver Tabela 25) os dois efeitos principais mantêm-se estatisticamente significativos: as pessoas idosas saudáveis apresentam pontuações médias superiores de Capacidade de autocuidado comparativamente às pessoas idosas dependentes e as pessoas idosas com paz espiritual mais elevada apresentam pontuações médias de Capacidade de autocuidado mais elevadas comparativamente aqueles com menos paz espiritual autopercebida. Estes efeitos representam-se graficamente na Figura 11.

Tabela 25  
Análise do efeito de moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a paz espiritual e a capacidade de autocuidado

VD: <i>Exercise of Self-Care Agency</i> (escala global)	b	EP	$\beta$	t
Constante	2.92	.07		44.25**
<i>Preditores:</i>				
Autoperceção de saúde (dicotómico)	.35	.08	.31	4.53**
Paz espiritual (Zscore)	.25	.07	.53	3.57**
Autoperceção de saúde (dicotómico) X Paz espiritual (Zscore)	-.10	.08	-.19	-1.28

\* $p < .05$  \*\*  $p < .01$

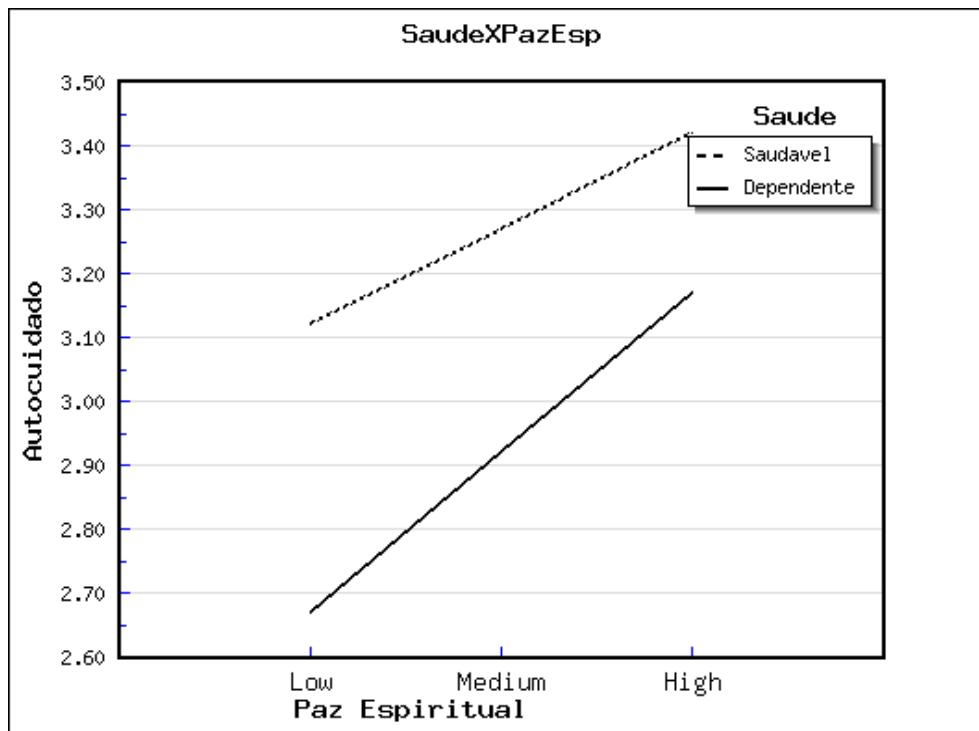


Figura 11 - Efeitos principais da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Paz Espiritual e a capacidade de autocuidado

Face a estes resultados, considerou-se relevante analisar o efeito de moderação da autoperceção estado de saúde na relação entre as dimensões do bem-estar espiritual e as dimensões da capacidade de autocuidado.

### Dimensão Iniciativa e responsabilidade

Realizámos novas análises da regressão hierárquica, tomando como variável preditora estandardizada a Fé Pessoal, como variável de moderação a autoperceção do estado de saúde (dependente vs saudável) e como variável critério a Dimensão Iniciativa e responsabilidade da escala global da *Exercise of Self-Care Agency*. O modelo preditivo de moderação revelou-se estatisticamente significativo,  $F(3, 176) = 8.46, p < .001, r = .355, R^2 = .126, R^2_{aj} = .111, erro\ padrão\ (EP) = .565$ . Conforme se pode verificar na Tabela 26, os resultados indicaram um efeito de moderação (Autoperceção de saúde X Fé pessoal) significativo ( $\beta = -.568, p = .002$ ), explicando este efeito  $R^2 = 4.8\%$  do efeito total na Dimensão Iniciativa e responsabilidade (ver Tabela 26).

Tabela 26

Análise do efeito de moderação da autopercepção do estado de saúde na relação entre a fé pessoal e a Iniciativa e responsabilidade

VD: Iniciativa e responsabilidade	b	EP	$\beta$	t
Constante	2.95	.11		27.28**
<i>Preditores:</i>				
Autopercepção de saúde (dicotômico)	.40	.12	.29	3.38**
Fé pessoal (Zscore)	.69	.18	1.24	3.90**
Autopercepção de saúde (dicotômico) X Fé pessoal (Zscore)	-.57	.18	-.96	-3.11**

\*\*  $p < .01$

A Figura 12 representa graficamente o efeito de Moderação da autopercepção do estado de saúde na relação entre a fé pessoal e a dimensão Iniciativa e responsabilidade da capacidade de autocuidado. Verificamos a existência de um efeito de moderação significativo, sobrepondo-se aos efeitos principais das variáveis fé pessoal e autopercepção do estado de saúde. Assim, quando a fé pessoal é baixa, pessoas idosas saudáveis tendem a reportar maior iniciativa e responsabilidade comparativamente a pessoas idosas dependentes. No entanto, quando a fé pessoal é alta este efeito inverte-se, sendo as pessoas idosas dependentes que tendem a reportar maior Iniciativa e responsabilidade comparativamente às pessoas idosas saudáveis.

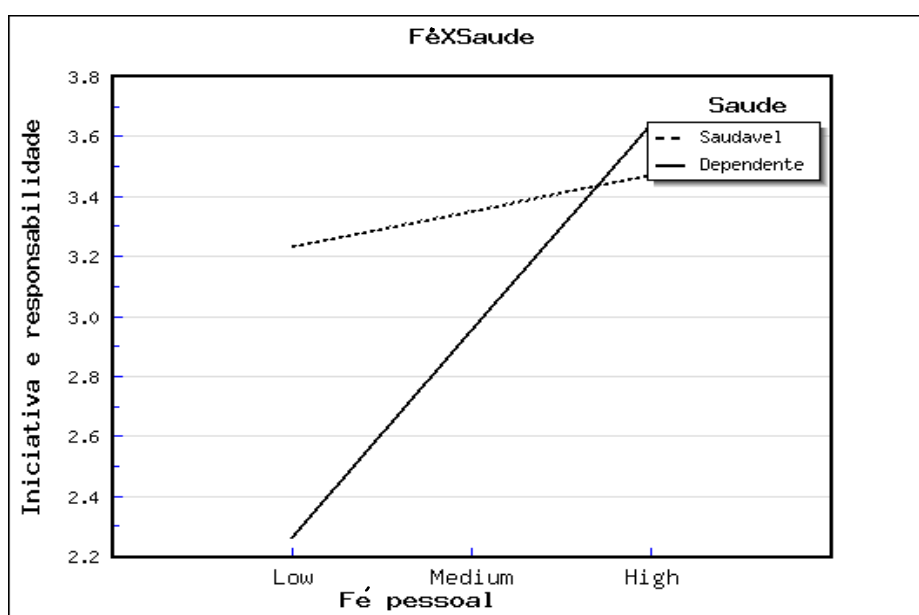


Figura 12 - Efeito de Moderação da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Fé pessoal e a Iniciativa e responsabilidade

Em continuidade, realizámos novas análise da regressão hierárquica, tomando como variável preditora estandardizada a Prática Religiosa, como variável de moderação o estado de saúde (dependente vs saudável) e como variável critério a dimensão Iniciativa e responsabilidade. O modelo preditivo de moderação (ver Tabela 27) revelou-se estatisticamente significativo,  $F(3, 176) = 6.69, p < .001, r = .320, R^2 = .102, R^2_{aj} = .087, erro\ padrão\ (EP) = 0.573$ . O efeito de moderação (Autoperceção de saúde X Prática Religiosa) mostrou-se também estatisticamente significativo ( $\beta = -.65, p = .006$ ), explicando  $R^2 = 3.9\%$  do efeito total de 10.2% na Iniciativa e responsabilidade.

Tabela 27

*Análise do efeito de moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Prática Religiosa e a Iniciativa e responsabilidade*

<i>VD: Iniciativa e responsabilidade</i>	b	EP	$\beta$	t
Constante	2.98	.11		28.05**
<i>Preditores:</i>				
Autoperceção de saúde (dicotómico)	.36	.12	.26	3.06**
Prática Religiosa (Zscore)	.52	.14	.89	3.66**
Autoperceção de saúde (dicotómico) X Prática Religiosa (Zscore)	-.41	.15	-.65	-2.76**

\*\*  $p < .01$

Seguidamente, procedeu-se à representação gráfica do efeito de Moderação (ver Figura 13). Verificamos, novamente, que o efeito de moderação se sobrepõe aos efeitos principais das variáveis prática religiosa e autoperceção do estado de saúde. Assim, para níveis baixos de práticas religiosas, as pessoas idosas saudáveis apresentam maiores níveis de Iniciativa e responsabilidade comparativamente às pessoas idosas dependentes. Inversamente, quando as práticas religiosas são mais frequentes, são as pessoas idosas dependentes que apresentam maior Iniciativa e responsabilidade comparativamente às pessoas idosas saudáveis.

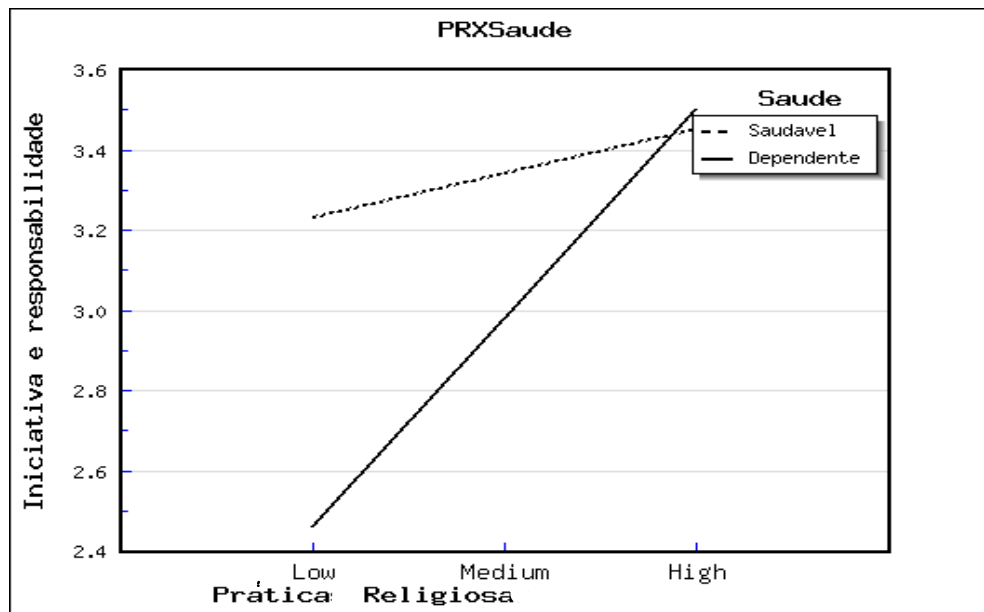


Figura 13 - Efeito de Moderação da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Prática Religiosa e a Iniciativa e responsabilidade

Por último, voltámos a não encontrar um efeito de moderação no referente à Paz espiritual (ver Tabela 28). A análise da regressão indica-nos que apenas a variável Paz espiritual se revelou um preditor positivo e significativo da Iniciativa e responsabilidade, sendo que o modelo explica 11% da variabilidade,  $F(3, 176) = 7.25$ ,  $p < .001$ ,  $r = .317$ ,  $R^2 = .11$ ,  $R^2_{aj} = .095$ , erro padrão (EP) = .57. Este efeito é visível na Figura 14 e, apesar da moderação não atingir o limiar de significação estatística, os resultados encontram-se em linha com os anteriores, evidenciado uma aproximação entre a Iniciativa e responsabilidade de pessoas idosas saudáveis e dependentes para níveis elevados de paz espiritual.

Tabela 28

Análise do efeito de moderação da autopercepção do estado de saúde na relação entre a paz espiritual e a Iniciativa e responsabilidade.

VD: Iniciativa e responsabilidade	b	EP	$\beta$	t
Constante	3.18	.09		37.35**
<i>Preditores:</i>				
Autopercepção de saúde (dicotómico)	.16	.10	.12	1.62
Paz espiritual (Zscore)	.29	.09	.50	3.20**
Autopercepção de saúde (dicotómico) X Paz espiritual (Zscore)	-.14	.10	-.21	-1.37

\*\*  $p < .01$

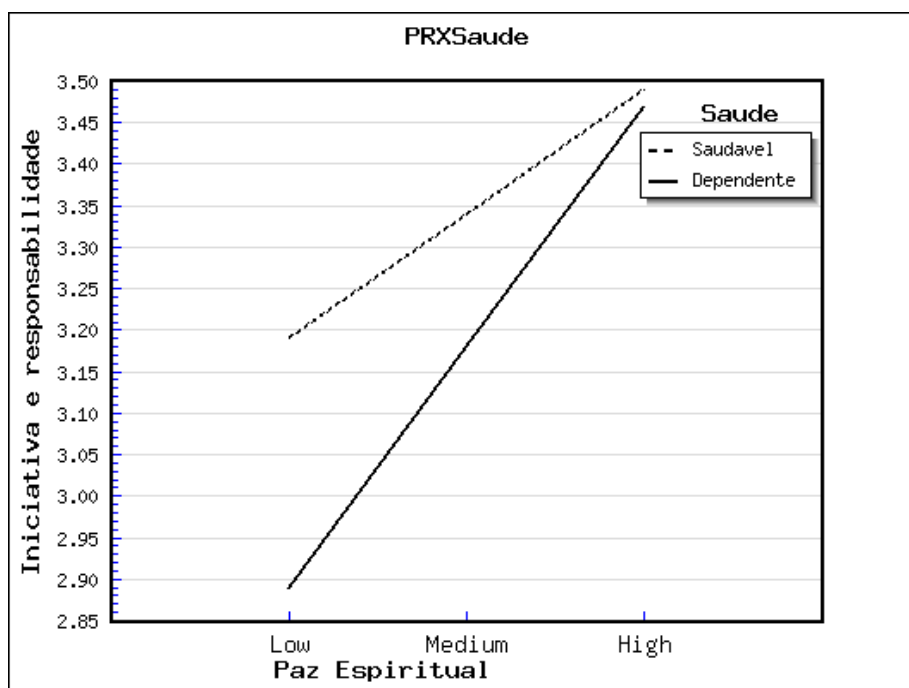


Figura 14 - Efeitos principais da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Paz Espiritual e a Iniciativa e responsabilidade

### Dimensão Autoconceito

Analizamos agora os efeitos de moderação na autopercepção do estado de saúde (dependente vs saudável) na variável critério Autoconceito da escala global da *Exercise of Self-Care Agency*.

Iniciamos as análises com o preditor Fé pessoal. O modelo preditivo de moderação revelou-se estatisticamente significativo,  $F(3, 176) = 11.74, p < .001, r = .408, R^2 = .167, R^2_{aj} = .152, erro\ padrão\ (EP) = .424$ . Porém, conforme se pode verificar na Tabela 29, não existe um efeito de moderação (Autopercepção de saúde X Fé pessoal) estatisticamente significativo ( $\beta = -.40, p = .183$ ), explicando este efeito apenas  $R^2 = 0.9\%$  do efeito total na Dimensão Autoconceito.

Tabela 29

Análise do efeito de moderação da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Fé pessoal e o Autoconceito.

VD: Autoconceito	b	EP	$\beta$	t
Constante	3.22	.08		39.67**
<i>Preditores:</i>				
Autopercepção de saúde (dicotómico)	.40	.09	.38	4.50**
Fé pessoal (Zscore)	.32	.13	.74	2.38*
Autopercepção de saúde (dicotómico) X Fé pessoal (Zscore)	-.18	.14	-.40	-1.34

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$

A Figura 15 representa graficamente os dois efeitos principais. Verificamos que pessoas idosas saudáveis apresentam um autoconceito mais favorável comparativamente às pessoas idosas dependentes e que níveis mais elevados de fé pessoal conduzem a um melhor autoconceito comparativamente a níveis mais baixos de fé pessoal.

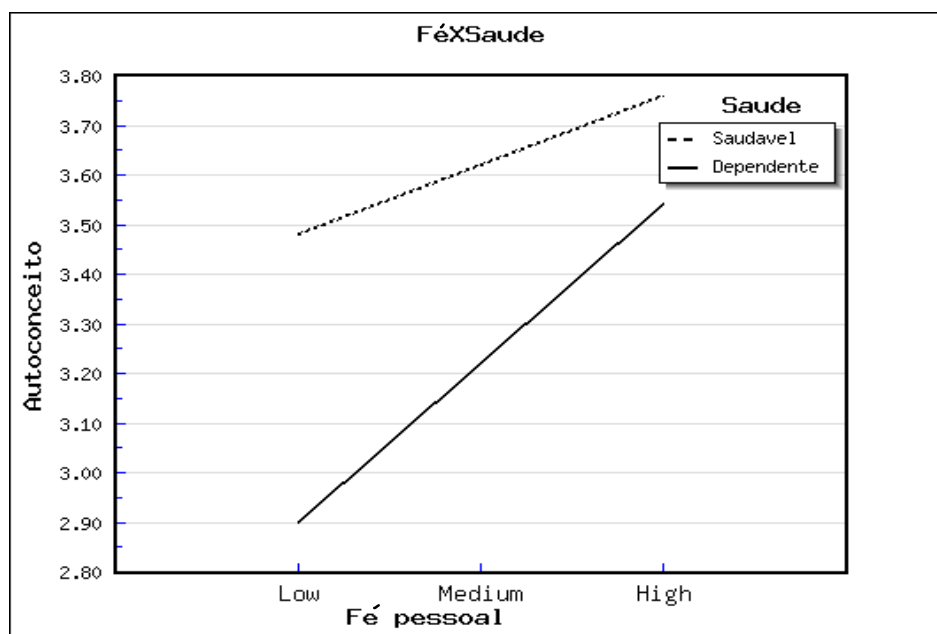


Figura 15 - Efeito de Moderação da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Fé pessoal e o Autoconceito

Seguidamente, realizámos nova análise da regressão hierárquica, tomando como variável preditora estandardizada a Prática Religiosa, como variável de moderação o estado de saúde (dependente vs saudável) e como variável critério a dimensão Autoconceito. O modelo preditivo de moderação (ver Tabela 30) revelou-

se estatisticamente significativo,  $F(3, 176) = 9.83$ ,  $p < .001$ ,  $r = .379$ ,  $R^2 = .144$ ,  $R^2_{aj} = .129$ , erro padrão (EP) = .430. O efeito de moderação (Autoperceção de saúde X Prática Religiosa) mostrou-se também estatisticamente significativo ( $\beta = -.30$ ,  $p = .008$ ), explicando  $R^2 = 3.5\%$  do efeito total de 14.4% do Autoconceito.

Tabela 30

Análise do efeito de moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Prática Religiosa e o Autoconceito.

VD: Autoconceito	b	EP	$\beta$	t
Constante	3.17	.08		39.70**
<i>Preditores:</i>				
Autoperceção de saúde (dicotómico)	.43	.09	.41	4.92**
Prática Religiosa (Zscore)	.38	.11	.85	3.57***
Autoperceção de saúde (dicotómico) X Prática Religiosa (Zscore)	-.30	.11	-.61	-2.68**

\*\*  $p < .01$

Seguidamente, procedeu-se à representação gráfica do efeito de Moderação (ver Figura 16). Verificamos que, para níveis baixos de práticas religiosas, as pessoas idosas saudáveis apresentam maior autoconceito comparativamente às pessoas idosas dependentes. No entanto, para níveis mais elevados de práticas religiosas, verifica-se uma aproximação entre o autoconceito de pessoas idosas saudáveis e dependentes, parecendo este não depender do estado de saúde.

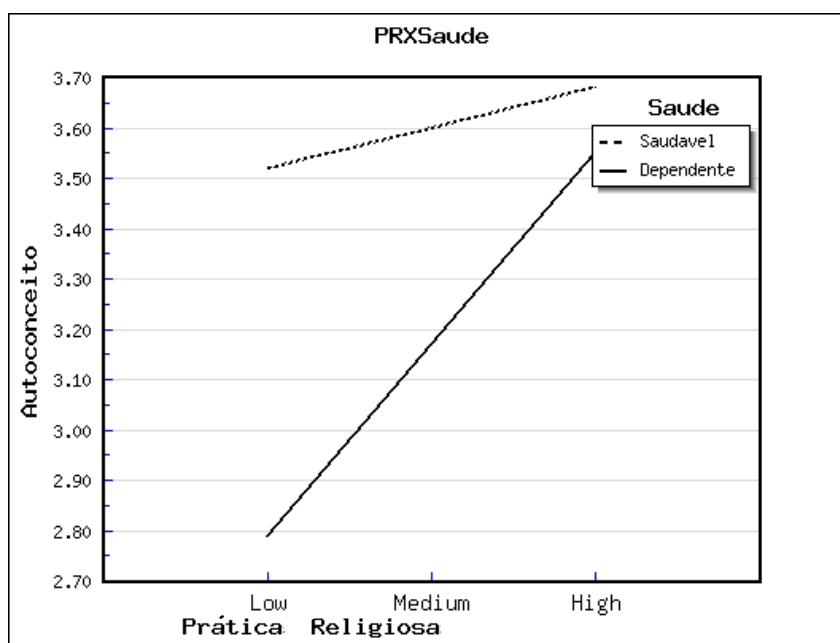


Figura 16 - Efeito de Moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Prática Religiosa e o Autoconceito

O efeito de moderação no referente à Paz espiritual atingiu o limiar de significação estatística (ver Tabela 31). A análise da regressão indicou-nos que o modelo explica 24.6% da variabilidade do autoconceito,  $F(3, 176) = 21.07$ ,  $p < .001$ ,  $r = .496$ ,  $R^2 = .264$ ,  $R^2_{aj} = .151$ , erro padrão (EP) = 0.40.

Tabela 31

Análise do efeito de moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Paz espiritual e o Autoconceito

VD: Autoconceito	b	EP	$\beta$	t
Constante	3.30	.06		55.48**
<i>Preditores:</i>				
Autoperceção de saúde (dicotómico)	.31	.07	.29	4.47**
Paz espiritual (Zscore)	.31	.06	.71	4.96**
Autoperceção de saúde (dicotómico) X Paz espiritual (Zscore)	-.15	.07	-.30	-2.10*

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$

A variabilidade do efeito de moderação, representado na Figura 17, é de 1.8%. Na Figura pode constatar-se que, para níveis mais baixos de paz espiritual, as pessoas idosas saudáveis apresentam uma maior pontuação no autoconceito comparativamente às pessoas idosas dependentes. Todavia, para níveis elevados de paz espiritual, verifica-se uma aproximação entre o autoconceito de pessoas idosas saudáveis e dependentes.

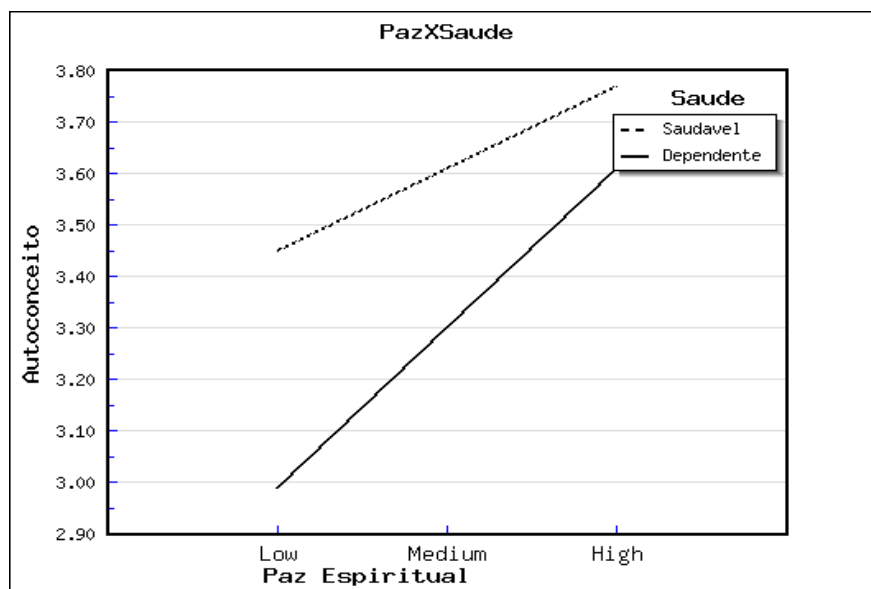


Figura 17 - Efeitos principais da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Paz Espiritual e o Autoconceito

## Dimensão Conhecimento e procura de informação

Analizamos, seguidamente, os efeitos de moderação da autoperceção do estado de saúde no Conhecimento e procura de informação.

O modelo preditivo da dimensão Fé pessoal revelou-se estatisticamente significativo,  $F(3, 176) = 7.03$ ,  $p < .001$ ,  $r = .327$ ,  $R^2 = .107$ ,  $R^2_{aj} = .092$ , erro padrão (EP) = .808. Porém, não obtivemos um efeito de moderação (Autoperceção de saúde X Fé pessoal) estatisticamente significativo ( $\beta = -.105$ ,  $p = .737$ ), explicando este efeito apenas  $R^2 = .1\%$  do efeito total na Dimensão Conhecimento e procura de informação (ver Tabela 32).

Tabela 32

*Análise do efeito de moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Fé pessoal e o Conhecimento e procura de informação*

VD: Conhecimento e procura de informação	b	EP	$\beta$	t
Constante	2.45	.15		15.89**
<i>Preditores:</i>				
Autoperceção de saúde (dicotómico)	.65	.17	.34	3.84**
Fé pessoal (Zscore)	.23	.25	.29	.90
Autoperceção de saúde (dicotómico) X Fé pessoal (Zscore)	-.09	.26	-.10	-.34

\*\*  $p < .01$

O único efeito significativo prende-se com a influência da autoperceção do estado de saúde no Conhecimento e procura de informação, representado graficamente na Figura 18. Verificamos que pessoas idosas saudáveis apresentam mais Conhecimento e procura de informação do que as pessoas idosas dependentes.

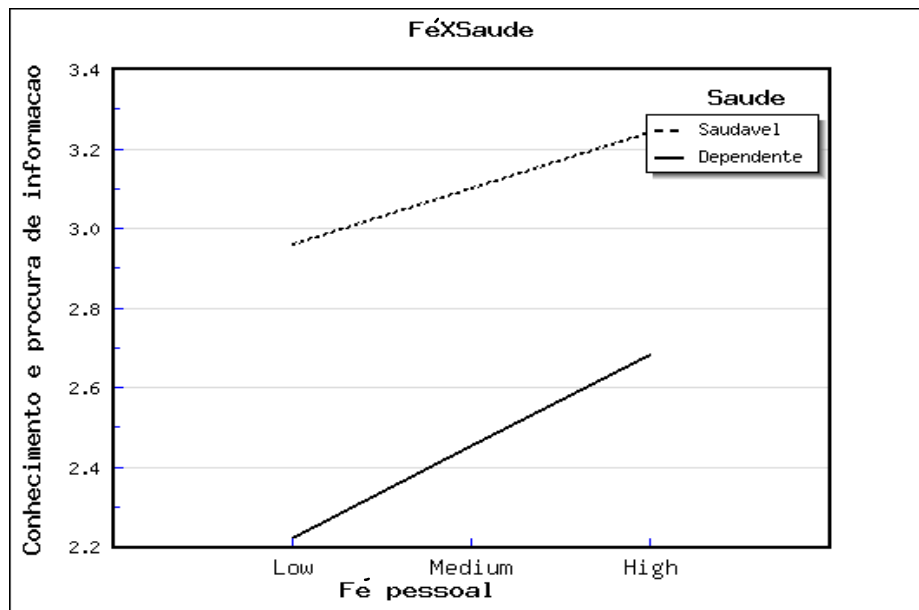


Figura 18 - Efeito principal da *autopercepção* do estado de saúde na relação entre a Fé pessoal e o Conhecimento e procura de informação

A nova análise da regressão hierárquica (Tabela 33) tomou agora como variável preditora estandardizada a Prática Religiosa. O modelo preditivo da dimensão Conhecimento e procura de informação revelou-se estatisticamente significativo,  $F(3, 176) = 8.50, p < .001, r = .356, R^2 = .127, R^2_{aj} = .112, erro\ padrão\ (EP) = 0.799$ . O efeito de moderação não se revelou estatisticamente significativo ( $\beta = -.10, p = .737$ ), explicando  $R^2 = .1\%$  do efeito total no Conhecimento e procura de informação.

Tabela 33

*Análise do efeito de moderação da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Prática Religiosa e o Conhecimento e procura de informação*

VD: Conhecimento e procura de informação	b	EP	$\beta$	t
Constante	2.49	.15		16.83**
<i>Preditores:</i>				
Autopercepção de saúde (dicotómico)	.62	.16	.32	3.78**
Prática Religiosa (Zscore)	.11	.20	.13	.54
Autopercepção de saúde (dicotómico) X Prática Religiosa (Zscore)	.10	.21	.11	.46

\*\*  $p < .01$

À semelhança do resultado anterior, apenas se registou um efeito significativo, referente à influência da Autoperceção do estado de saúde, sendo que pessoas idosas saudáveis a apresentam mais Conhecimento e procura de informação do que as pessoas idosas dependentes (ver Figura 19).

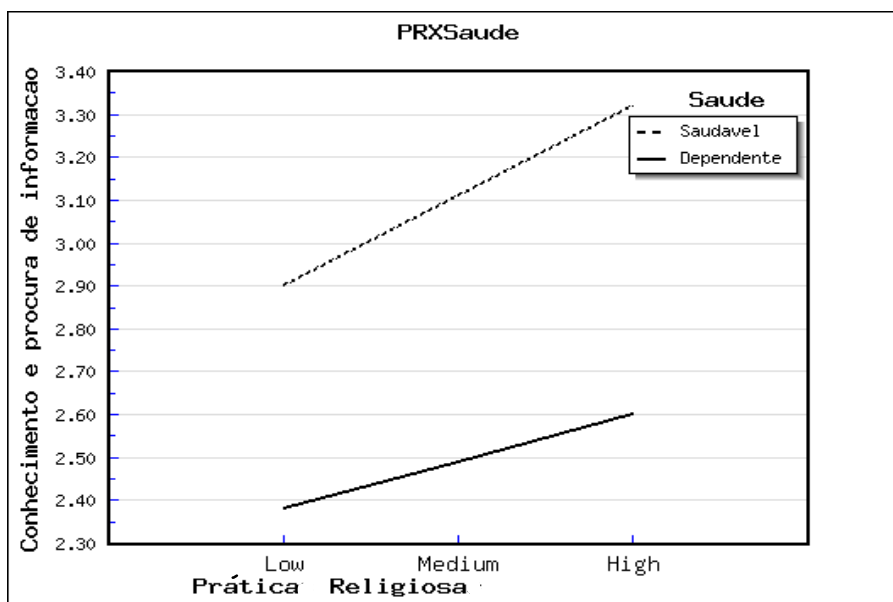


Figura 19 - Efeito principal da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Prática Religiosa e o Conhecimento e procura de informação

Por último, testámos o efeito de moderação adotando como preditores a referente à Paz espiritual e a Autoperceção do estado de saúde (ver Tabela 34). O modelo explica 28.1% da variabilidade do Conhecimento e procura de informação [ $F(3, 176) = 5.16, p = .002, r = .284, R^2 = .081, R^2_{aj} = .065, erro\ padrão\ (EP) = .820$ ], embora apenas a variável Autoperceção do estado de saúde se mostrasse significativa (representação gráfica na Figura 20).

Tabela 34

Análise do efeito de moderação da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Paz espiritual e o Conhecimento e procura de informação

VD: Conhecimento e procura de informação	b	EP	$\beta$	t
Constante	2.53	.12		20.69**
<i>Preditores:</i>				
Autoperceção de saúde (dicotómico)	.55	.14	.28	3.89**
Paz espiritual (Zscore)	.11	.13	.14	.85
Autoperceção de saúde (dicotómico) X Paz espiritual (Zscore)	-.07	.15	-.07	-.45

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$

A variabilidade do efeito de moderação, representado na Figura 20, é de 1.8%. Na Figura pode constatar-se que, para níveis mais baixos de paz espiritual, as pessoas idosas saudáveis apresentam uma maior pontuação no conhecimento e procura de informação comparativamente às pessoas idosas dependentes. Todavia, para níveis elevados de paz espiritual, verifica-se uma aproximação entre o conhecimento e procura de informação de pessoas idosas saudáveis e dependentes.

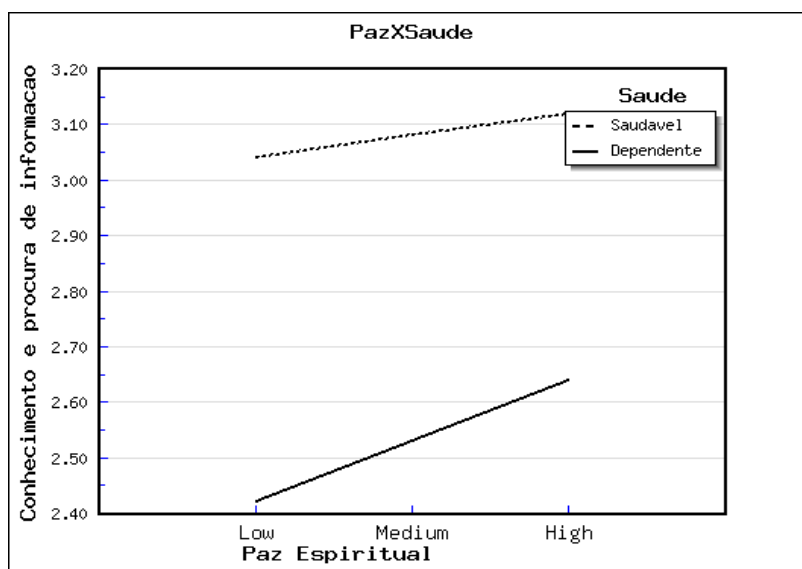


Figura 20 - Efeito principal da *autopercção* do estado de saúde na relação entre a Paz Espiritual e o Conhecimento e procura de informação

### Dimensão Passividade (invertida)

Para concluir, analisamos os efeitos de moderação do estado de saúde na dimensão Passividade (itens da escala de medida invertidos).

O modelo preditivo da dimensão fé pessoal revelou-se estatisticamente significativo,  $F(3, 176) = 5.23$ ,  $p = .002$ ,  $r = .286$ ,  $R^2 = .082$ ,  $R^2_{aj} = .066$ , erro padrão (EP) = .837. Porém, o único efeito que se revelou estatisticamente significativo prende-se com a influência da Autoperceção do estado de saúde (ver Tabela 35). Este efeito é representado graficamente na Figura 21, indicando que as pessoas idosas saudáveis apresentam maiores níveis de atividade (Passividade invertida) comparativamente às pessoas idosas dependentes.

Tabela 35

Análise do efeito de moderação da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Fé pessoal e a Passividade (invertida)

VD: Passividade (invertida)	b	EP	$\beta$	t
Constante	2.09	.16		13.06**
<i>Preditores:</i>				
Autopercepção de saúde (dicotômico)	.62	.18	.31	3.54*
Fé pessoal (Zscore)	.17	.26	.21	.66
Autopercepção de saúde (dicotômico) X Fé pessoal (Zscore)	-.18	.27	-.21	-.66

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$

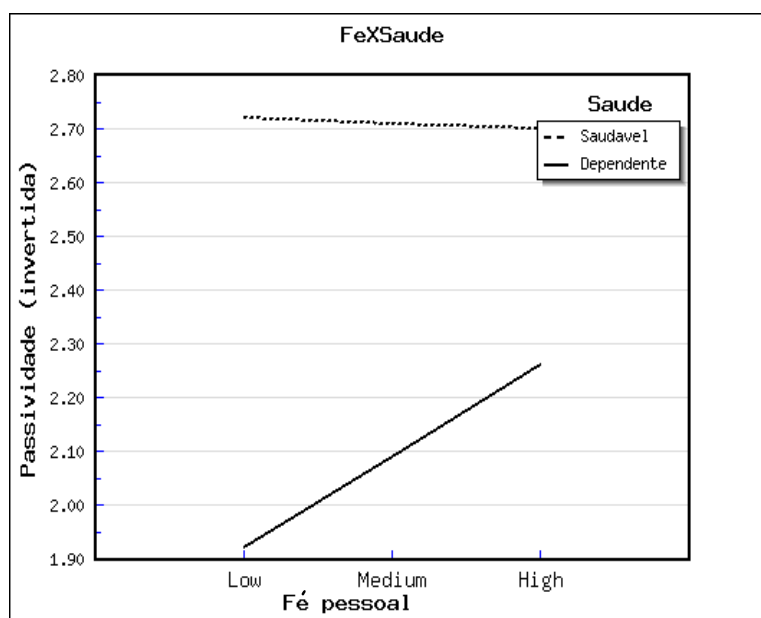


Figura 21- Efeito principal da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Fé pessoal e a Passividade (invertida)

A nova análise da regressão hierárquica tomou agora como variável preditora estandardizada: a Prática Religiosa. O modelo preditivo da dimensão Passividade (invertida) revelou-se estatisticamente significativo, [ $F(3, 176) = 5.79, p = .001, r = .300, R^2 = .090, R^2_{aj} = .074, erro\ padrão\ (EP) = .833$ ]. O efeito de moderação não se revelou estatisticamente significativo, assim como o efeito da variável Prática Religiosa, apenas se registando um efeito significativo da Autopercepção do estado de saúde, sendo que pessoas idosas saudáveis se apresentam mais ativas comparativamente às pessoas idosas dependentes (ver Tabela 36 e Figura 22).

Tabela 36

Análise do efeito de moderação da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Prática Religiosa e a dimensão Passividade (invertida).

VD: Passividade (invertida)	b	EP	$\beta$	t
Constante	2.07	.15		13.42**
<i>Preditores:</i>				
Autopercepção de saúde (dicotômico)	.63	.17	.32	3.67**
Prática Religiosa (Zscore)	.18	.21	.22	.89
Autopercepção de saúde (dicotômico) X Prática Religiosa (Zscore)	-.26	.22	-.28	-1.18

\*\*  $p < .01$

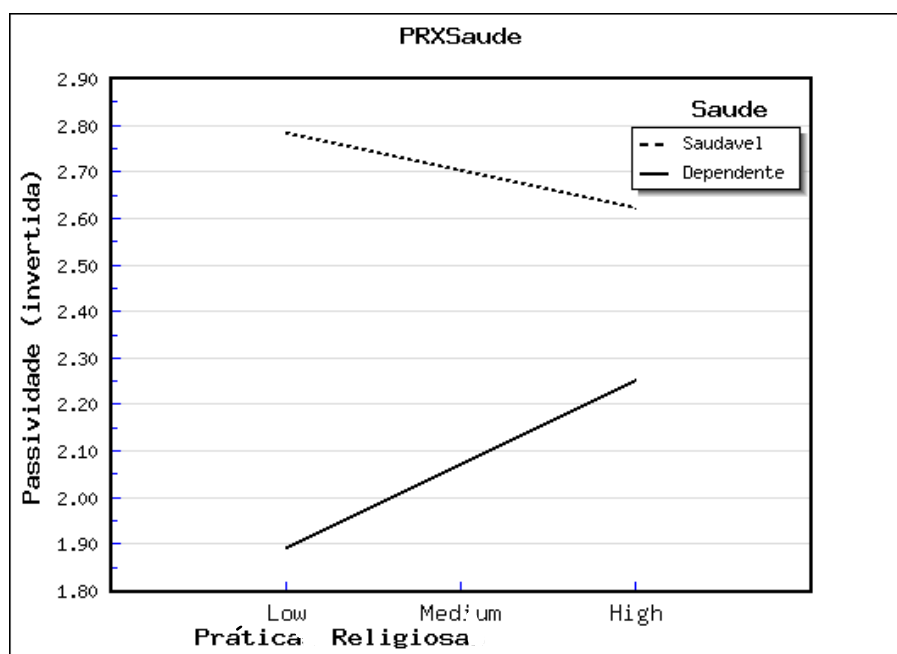


Figura 22 - Efeito principal da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Prática Religiosa e a dimensão Passividade (invertida)

Por último, testámos o efeito de moderação adotando como preditores a Paz espiritual e a Autopercepção do estado de saúde (ver Tabela 37). O modelo explica 14.8% da variabilidade da dimensão Passividade (invertida) [ $F(3, 176) = 10.22$ ,  $p < .001$ ,  $r = .385$ ,  $R^2 = .148$ ,  $R^2_{aj} = .134$ , erro padrão (EP) = 0.806], embora apenas a variável Autopercepção do estado de saúde se mostrasse significativa, indicando que são as pessoas idosas saudáveis que se mostram mais ativas, comparativamente as pessoas idosas dependentes (ver representação gráfica na Figura 23).

Tabela 37

Análise do efeito de moderação da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Paz espiritual e a dimensão Passividade (invertida).

VD: Passividade (invertida)	b	EP	$\beta$	t
Constante	2.13	.12		17.72**
<i>Preditores:</i>				
Autopercepção de saúde (dicotômico)	.61	.14	.31	4.40**
Paz espiritual (Zscore)	.20	.13	.24	1.58
Autopercepção de saúde (dicotômico) X Paz espiritual (Zscore)	.02	.14	.03	.16

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$

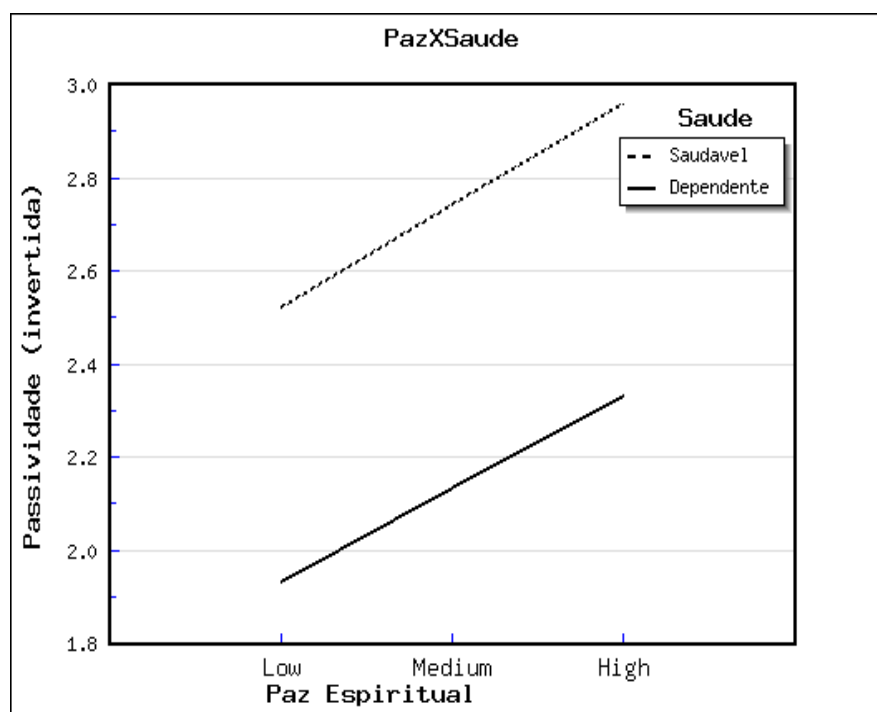


Figura 23 - Efeito principal da autopercepção do estado de saúde na relação entre a Paz Espiritual e a dimensão Passividade (invertida)

Como síntese desta análise do efeito de moderação da autopercepção do estado de saúde na relação entre as dimensões do bem-estar espiritual e as dimensões da capacidade de autocuidado, evidencia-se a existência de um efeito de moderação estatisticamente significativo da autopercepção do estado de saúde na relação entre a fé pessoal e a dimensão Iniciativa e responsabilidade. Quando a fé pessoal é baixa, pessoas idosas com autopercepção de saudáveis tendem a reportar ponderações maiores de Iniciativa e responsabilidade comparativamente às

peessoas idosas com autoperceção de incapaz de cuidar de si (apresentam ponderações baixas). No entanto, quando a fé pessoal é alta este efeito inverte-se, sendo as pessoas idosas com autoperceção de incapaz de cuidar de si (dependente) que tendem a reportar maior Iniciativa e responsabilidade comparativamente às pessoas idosas com autoperceção de saudáveis, ainda que estes mantenham ponderações elevadas.

Embora não tenha sido identificado um efeito de moderação estatisticamente significativo da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Fé pessoal e o autoconceito, verificamos que pessoas idosas com autoperceção de saudáveis apresentam um autoconceito mais favorável, comparativamente às pessoas idosas com autoperceção de incapaz de cuidar de si (dependentes), e que níveis mais elevados de fé pessoal conduzem a um melhor autoconceito, comparativamente a níveis mais baixos de fé pessoal.

Face a estes resultados importa equacionar se a vivência de situações de incapacidade de cuidar de si, pode levar a pessoa idosa a questionar a sua fé pessoal. Mas, a afirmação da fé, duvidar da fé, encontrar a fé novamente, pode ser parte da caminhada da pessoa e de ajuste à sua doença (Daaleman 2012, Redl 2015 in Timmins & Caldeira, 2017).

A fé permite duas apreensões, a via existencial e a via da religiosidade. A via existencial (ou fé antropológica) possibilita que o ser humano estabeleça uma escala de valores e oriente sua vida por eles, estimulando o equilíbrio salutar entre racional e emocional. Neste processo emergem forças que auxiliam a construir a vida com sentido. Já a fé que ocorre pela via da religiosidade é compreendida como disposição interior para dialogar e acolher ou não o mistério transcendente, ato de profunda liberdade em que o ser humano se dispõe ou não a crer e a compactuar com essa realidade que o atinge e o perpassa. A fé que ocorre pela via da religiosidade, eleva a estrutura valorativa presente no ser humano (fé antropológica), à esfera transcendental, possibilitando que um novo sentido seja dado (Panasiewicz, 2013).

Este poderá constituir-se no motivo pelo qual, nas situações de incapacidade da pessoa idosa cuidar de si, a Fé pessoal se constitua como força intrínseca capaz

de se tornar impulsionadora de uma maior Iniciativa e responsabilidade no autocuidado.

Os resultados revelaram ainda, um efeito de moderação estatisticamente significativo da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Prática religiosa e a dimensão Iniciativa e responsabilidade. Assim, para níveis baixos de práticas religiosas, as pessoas idosas com autoperceção de saudáveis apresentam ponderações maiores de iniciativa e responsabilidade comparativamente às pessoas idosas com autoperceção de incapaz de cuidar de si (ponderações baixas). Contudo, quando as práticas religiosas são mais elevadas, são as pessoas idosas com autoperceção de incapazes de cuidar de si que apresentam maior iniciativa e responsabilidade, comparativamente às pessoas idosas que se autopercecionam como saudáveis, ainda que estes mantenham ponderações elevadas.

Para níveis baixos de práticas religiosas, as pessoas idosas com autoperceção de saudáveis apresentam ponderações maiores de autoconceito, comparativamente as pessoas idosas com autoperceção de incapazes de cuidar de si (apresentam ponderações baixas). No entanto, para níveis mais elevados de práticas religiosas, verifica-se uma aproximação entre o autoconceito de pessoas idosas saudáveis e de pessoas idosas que referem ser incapazes de cuidar de si, parecendo este não depender da autoperceção do estado de saúde.

Constatou-se que, para níveis mais baixos de Paz espiritual, as pessoas idosas que se autopercecionam como saudáveis apresentam ponderações maiores no Autoconceito, comparativamente às pessoas idosas com autoperceção de incapazes de cuidar de si (ponderações baixas), contudo para níveis elevados de paz espiritual, verifica-se um aumento das ponderações no autoconceito em ambos os grupos, existindo uma aproximação entre o autoconceito de ambos os grupos.

Considerando que no conceito de espiritualidade identificam-se como atributos, a conexão consigo próprio, os outros, a natureza e/ou um Poder superior e a necessidade de encontrar sentido na vida (Weathers et al 2016), este poderá constituir-se como o motivo pelo qual os nossos resultados identificaram que níveis mais elevados de Prática religiosa e Paz espiritual em pessoas idosas com autoperceção de incapazes de cuidar de si, necessitando de apoio de outros, se

possam constituir como um recurso capaz de fomentar a Iniciativa e responsabilidade para o autocuidado, bem como, níveis mais elevados de Autoconceito

Estes resultados, colocam à reflexão do enfermeiro a necessidade, em pessoas idosas que referem serem incapazes de cuidar de si, de se promover o Bem-estar espiritual [nos domínios da Fé pessoal, Prática religiosa e Paz espiritual] como estratégias promotoras de um Autoconceito mais elevado e maior Iniciativa e responsabilidade para o autocuidado.

O enfermeiro consciente da dimensão transcendental na vida da pessoa idosa, no cuidar espiritual deve proceder à avaliação destas necessidades e planear intervenções que visem dar resposta a necessidades únicas da pessoa (Ghorbani et al. 2021, Ramezani et al, 2014).

Deste modo, apesar de alguns autores identificam que as necessidades espirituais são por vezes negligenciadas nos cuidados de saúde, e de existirem dificuldades em que o cuidar espiritual faça parte integrante do cuidado diário prestado nas situações de gestão da doença (Nissen et al., 2021; Straßner et al., 2019), têm vindo a ser desenvolvidos esforços para que estes constrangimentos sejam superados.

Em alguns países surgem *Guidelines* dirigidas a diferentes profissionais de saúde, com o intuito de proporcionar diretrizes sobre as melhores práticas de cuidados espirituais, como é caso da Holanda (Integraal Kankercentrum Nederland, 2013) e da Austrália (Spiritual Health Association, 2020). Abraçando as diversas culturas, valores e crenças da população australiana as *Guidelines for Quality Spiritual Care in Health* fornecem uma estrutura para apoiar cuidados espirituais seguros e de alta qualidade para utentes, famílias, cuidadores e profissionais (Spiritual Health Association, 2020).

Considerando a pertinência do cuidar espiritual na população idosa a *Meaningful Ageing Australia* (2016) desenvolveu as *National Guidelines for Spiritual Care in Aged Care*, com o intuito de encorajar todos os prestadores de cuidados a implementar diretrizes que garantam que a pessoa idosa receba cuidados espirituais que se revelem significativos para ele.

Na enfermagem, diferentes autores dão contributos para que na prática clínica o cuidar espiritual seja parte integrante do cuidar em enfermagem, seja através de uma maior compreensão dos conceitos de conforto espiritual, apoio espiritual e cuidado espiritual (Tavares et al., 2022); importância do cuidado espiritual nos contextos de saúde (Timmins & Caldeira, 2017), ou sobre a implementação de cuidados espirituais (Caldeira & Timmins, 2017; Ramezani et al., 2014).

Para Caldeira e Timmins (2017) a implementação de intervenções de cuidar espiritual envolve *'doing'* e *'being'*, perspectiva que é reforçada por Ramezani et al. (2014) quando identificaram entre os sete atributos do cuidar espiritual *"healing presence"* e *"the therapeutic use of self"*.

Na teoria de Tornar-se humano de Parse, o enfermeiro está em verdadeira presença com o outro, o que implica a ideia de testemunhar sem rotular ou julgar, assim como, o desenvolvimento de um compromisso pessoal cocriado com o outro, pelo que enfermeiro vive a *"art of humanbecoming"*, constituindo-se este num modo de ser dos profissionais que advogam o paradigma *Humanbecoming* (Parse, 2021).

A ontologia do *humanbecoming* considera os seres humanos como ilimitados, indivisíveis, imprevisíveis, sempre em mudança, que escolhem livremente padrões de preferência pessoais, estruturam significados pessoais e cotranscendem com os possíveis (Parse, 2007, 2010). *"The intent with all true presence is honouring others' human dignity, recognizing others as mysteries with illimitable opportunities to freely choose pattern preferences"*, pelo que a dignidade humana surge como um dos princípios éticos no paradigma *Humanbecoming* (Parse, 2010, 2021).

Indo ao encontro desta perspectiva, Caldeira e Timmins (2017) mencionam que, na implementação de cuidados espirituais o enfermeiro deve assegurar que o atendimento seja ético, mantendo o respeito, promovendo a dignidade e prestando cuidados individualizados.

**PARTE III**  
**CONSIDERAÇÕES FINAIS**



## CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Ao finalizar este percurso de investigação sintetizamos as principais conclusões, dando resposta aos objetivos de investigação formulados, à finalidade a que nos propusemos, bem como, apontamos sugestões que emergem deste estudo.

Numa primeira etapa do estudo procedeu-se à tradução, adaptação cultural e validação da *Exercise of Self-care Agency Scale* de Kearney e Fleischer (1979), revisada por Riesch & Hauck (1988) para a versão Portuguesa em pessoas idosas residentes em contexto domiciliário. Apresenta-se um instrumento constituído por 29 itens, menos seis que a original (35 itens), mantendo, não obstante, a estrutura fatorial suportada teoricamente pela autora.

Estamos perante uma escala com características psicométricas adequadas para avaliar a capacidade de autocuidado em pessoas idosas, com utilidade para ser aplicada em pesquisas futuras ou em contexto clínico (escala global  $\alpha = .871$ , subescalas: Iniciativa e Responsabilidade  $\alpha = .843$ , Autoconceito  $\alpha = .705$ , Conhecimento e procura de informação  $\alpha = .755$  e Passividade  $\alpha = .646$ ).

O instrumento para além de permite a avaliação da capacidade da pessoa idosa para se envolver em ações de autocuidado, através da análise das dimensões constituinte, torna possível identificar que dimensões devem ser potenciadas, tendo como alvo a capacidade de autocuidado.

A utilização deste instrumento em associação com outros que avaliem comportamentos de autocuidado em situações de saúde/doença específicas, pode contribuir para uma maior compreensão dos mecanismos que possam estar subjacentes ao comportamento de autocuidado, ao analisar-se por um lado o potencial para a ação e noutra a própria ação de autocuidado.

Sendo a promoção do autocuidado uma das áreas de intervenção do enfermeiro, a mobilização deste instrumento, permitirá identificar ganhos em saúde sensíveis aos resultados de enfermagem.

Face ao exposto, e com o intuito de reforçar a confiabilidade do instrumento, sugere-se a análise das propriedades psicométricas do instrumento noutras populações, eventualmente associadas a situações específicas de saúde/doença.

Numa segunda etapa do estudo analisou-se a relação entre o Bem-estar espiritual e a capacidade de autocuidado da pessoa idosa, bem como, a influência das variáveis sociodemográficas e autoperceção do estado de saúde no Bem-estar espiritual e na Capacidade de autocuidado, cujas principais conclusões organizadas pelos objetivos de investigação destacamos.

**O primeiro objetivo pretendeu analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a autoperceção do estado de saúde e o Bem-Estar Espiritual.** Constatou-se que o género, idade, escolaridade e a autoperceção do estado de saúde, demonstram estar associados a diferenças significativas no Bem-estar espiritual, com resultados superiores no género feminino, nos mais idosos, em nível mais baixos de escolaridade e nas pessoas idosas que se autopercecionam de incapazes de cuidar de si, necessitando de ajuda de outros.

Ao nível das dimensões do bem-estar espiritual, identificou-se que o género feminino apresenta valores mais elevados de Paz espiritual e Fé pessoal do que o género masculino. Contudo, ao nível da Prática religiosa não foram identificadas diferenças estaticamente significativas entre os géneros.

No que se refere à influência do nível de escolaridade, foram as pessoas idosas menos escolarizadas que indicaram possuir maior Fé pessoal e Práticas religiosas. Já ao nível da Paz espiritual as diferenças encontradas situam-se entre as pessoas idosas que possuem o ensino primário e os que detêm o ensino secundário ou superior, com os primeiros a apresentarem níveis mais elevados.

Constatou-se ainda que quanto maior é a idade maior tende a ser a Fé pessoal, Práticas religiosas e sensação de Paz espiritual da pessoa idosa.

Ao nível da autoperceção do estado de saúde, são as pessoas idosas com autoperceção de incapazes de cuidar de si, que apresentam pontuações médias superiores de Fé pessoal e Práticas religiosas comparativamente quer às pessoas idosas que se autopercecionam com capacidade para cuidar de si apesar da doença quer os com autoperceção de saudáveis.

Estas constatações sugerem que as pessoas idosas podem ser capazes de encontrar nas Práticas religiosas e na Fé pessoal um sentido para lidar com os desafios que ocorrem com o avançar da idade e/ou situações de doença, pelo que

o enfermeiro deve considerar estas dimensões do bem-estar espiritual como um recurso no planeamento de cuidados.

**O segundo objetivo visou analisar relação entre as variáveis sociodemográficas e a autoperceção do estado de saúde e a Capacidade de Autocuidado.** Constatou-se que a idade, escolaridade e a autoperceção do estado de saúde, demonstram estar associadas a diferenças significativas em algumas das dimensões da Capacidade de autocuidado.

Assim, quanto maior é a idade da pessoa idosa maior tende a ser a Iniciativa e responsabilidade para o autocuidado e menor o nível de Conhecimento e procura de informação.

Ao nível da escolaridade, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas ao nível do Autoconceito, exclusivamente nas pontuações médias entre as pessoas idosas que possuem o Ensino Primário e os que detêm o Ensino Superior, com os últimos a apresentarem níveis de autoconceito ligeiramente mais baixos.

Já no referente ao Conhecimento e procura de informação, em termos globais, observou-se que um aumento progressivo da escolarização acompanha um aumento do nível de Conhecimento e procura de informação.

No que diz respeito à autoperceção do estado de saúde, observou-se que o nível de Autoconceito das pessoas idosas vai diminuindo com a vivência das situações de doença (ainda que com capacidade para cuidar de si) e, em situações em que estas são incapazes de cuidar de si. Resultados similares foram identificados ao nível do Conhecimento e procura de informação e Passividade (invertida). Assim, as pessoas idosas com autoperceção de incapazes de realizar atividades habituais de cuidar de si, necessitando de ajuda de outros, apresentam menores pontuações ao nível do Autoconceito, Conhecimento e procura de informação e Passividade (invertida) comparativamente àquelas com autoperceção de capacidade para cuidar de si apesar da doença e às que se autopercecionam como saudáveis.

Como profissionais de saúde, se tivermos em consideração que idades mais avançadas, baixos níveis de escolaridade e situações de incapacidade para cuidar de si estão associados a um nível menor de conhecimento e procura de informação,

percebemos a vulnerabilidade que algumas pessoas idosas podem ter na gestão do autocuidado face à sua condição de saúde/doença.

O enfermeiro deve estar ciente que, no apoio e suporte ao autocuidado, há que proceder à identificação precoce e sistematizada da capacidade de autocuidado, e desenvolver intervenções focadas nas necessidades específicas identificadas.

A aquisição de competências para o autocuidado no domínio do conhecimento e procura de informação nas pessoas mais idosas e com níveis baixos de escolaridade levantam ainda questões associadas à identificação e mobilização das estratégias mais adequadas para que a pessoa idosa consiga aceder, compreender, interpretar e integrar o conteúdo da informação que lhe permite cuidar de si.

Os enfermeiros, nas estratégias de educação para a saúde, devem considerar o tipo de fontes de informação a serem disponibilizadas, a linguagem inclusa, bem como o acompanhamento da pessoa idosa ao longo do processo de aquisição de competências, para que esta consiga uma efetiva integração da informação disponibilizada e persistência na ação de autocuidado.

**O terceiro objetivo visava analisar a relação entre o Bem-Estar Espiritual e a Capacidade de Autocuidado em Pessoas Idosas.** O modelo estrutural desenvolvido revelou que o Bem-estar espiritual, nas suas dimensões constituintes Fé pessoal, Prática religiosa e Paz espiritual, explicam 16% da Capacidade de autocuidado da pessoa idosa.

Uma análise mais fina ao nível das dimensões que constituem a capacidade de autocuidado, revelou que, o Bem-estar Espiritual explica 13% da Passividade (invertida), 12% do Autoconceito, 11% da Iniciativa e responsabilidade e apenas 3% do Conhecimento e procura de informação.

Esta percentagem explicativa da previsão da Capacidade de autocuidado estimado através do Bem-estar espiritual, torna-se significativa se perspetivarmos os ganhos em saúde que podem advir de níveis mais elevados de capacidade de autocuidado em pessoas idosas, quer no domínio da promoção da saúde quer na autogestão de situações de saúde/doença.

Na população em estudo, estes resultados suportam a perspectiva de que o apoio à capacidade de autocuidado integrando a promoção do Bem-estar espiritual deve ser incluído no cuidar em enfermagem.

O facto de o Bem-estar espiritual ter uma percentagem explicativa mais expressiva nos domínios da Passividade (invertida), do Autoconceito e na Iniciativa e responsabilidade, corroboram a perspectiva de que a dimensão da espiritualidade pode fornecer à pessoa idosa, propósito e sentido de vida.

Assim, independentemente do contexto de cuidados de saúde, o enfermeiro deve proceder a uma identificação sistematizada do bem-estar espiritual da pessoa idosa e desenvolver intervenções, que respondam às necessidades identificadas.

**O quarto e último objetivo visava compreender a relação entre as dimensões do Bem-estar Espiritual e as dimensões da Capacidade de Autocuidado em Pessoas Idosas.**

Foi possível determinar que dimensões do Bem-estar espiritual separadamente são responsáveis por um aumento ao nível das dimensões da Capacidade de autocuidado.

Constatou-se a existência de uma influência positiva da Paz espiritual nas dimensões Autoconceito, Passividade (invertida) e, Iniciativa e responsabilidade. Ao nível da Prática religiosa apurou-se a existência de uma influência positiva ao nível do Conhecimento e procura de informação.

Face a estes resultados, os profissionais de saúde devem consciencializar-se dos efeitos positivos que o bem-estar espiritual tem na capacidade de autocuidado da pessoa idosa. Recomenda-se que os enfermeiros integrando uma abordagem holística do cuidar à pessoa idosa, integrem elementos do cuidar espiritual com intuito de potenciar a capacidade de autocuidado.

Os resultados revelaram ainda, a existência de uma influência negativa da Fé pessoal na dimensão Passividade (invertida). A fé pessoal ao refletir valores transcendentais, os quais envolvem a crença na existência de Deus ou Poder superior, a confiança nesse poder e na sua providência, requerem uma clarificação do sentido atribuído pela pessoa idosa a essas crenças. O enfermeiro deve assim,

desenvolver esforços para compreender o motivo pelo qual a pessoa idosa, apesar de estar ciente dos comportamentos de autocuidado, opta por não os desenvolver.

Neste estudo, procurando ainda desenvolver uma compreensão mais aprofundada do fenómeno, determinou-se o efeito do Bem-estar espiritual na autoperceção do estado de saúde (pessoa idosa com autoperceção de incapaz de cuidar de si vs pessoa idosa com autoperceção de saudável), mediado pela capacidade de autocuidado, cujo modelo de mediação explicou 28% da autoperceção do estado de saúde.

Constatou-se que a Paz espiritual agindo positivamente quer sobre o autoconceito quer sobre a atividade para o autocuidado (dimensão passividade invertida), detém uma influência positiva na autoperceção do estado de saúde. A Paz espiritual promove ainda a Iniciativa e responsabilidade, repercutindo-se este efeito nas pessoas idosas com autoperceção de incapazes cuidar de si, necessitando de ajuda de outra(s) pessoa(s).

Apurou-se também, que a Prática religiosa promove positivamente o Conhecimento e procura de informação e este determina uma autoperceção favorável do estado de saúde.

Ao evidencia-se que o bem-estar espiritual (nas suas dimensões constituintes) agindo positivamente sobre a capacidade de autocuidado detém um impacto positivo na autoperceção de saúde, é revelado o impacto positivo do bem-estar espiritual na saúde da pessoa idosa.

Em continuidade, o modelo preditivo de moderação da autoperceção do estado de saúde (pessoa idosa com autoperceção de incapaz de cuidar de si vs pessoa idosa com autoperceção de saudável) na relação entre as dimensões do bem-estar espiritual e a capacidade de autocuidado, revelou que a Fé pessoal e Prática Religiosa apresentam-se como impulsionadoras de Capacidade de autocuidado, desempenhando um papel fundamental nas pessoas idosas com autoperceção de incapazes de cuidar de si.

A análise por dimensões da capacidade de autocuidado revelou a existência de um efeito de moderação estatisticamente significativo da autoperceção do estado de saúde na relação entre a Fé pessoal e a dimensão Iniciativa e responsabilidade, o mesmo acontece com a dimensão da Prática religiosa.

Para níveis baixos de Fé pessoal e Prática religiosa, pessoas idosas com autoperceção de saudáveis tendem a reportar ponderações maiores de Iniciativa e responsabilidade comparativamente a pessoas idosas com autoperceção de incapazes de cuidar de si (ponderações mais baixas). No entanto, quando a Fé pessoal e Prática religiosa são altas as pessoas idosas que se autopercecionam como incapazes de cuidar de si tendem a reportar maior Iniciativa e responsabilidade comparativamente às pessoas idosas que se autopercecionam com saudáveis, ainda que estes mantenham ponderações elevadas.

Apurou-se ainda, que para níveis mais baixos de Práticas religiosas e de Paz espiritual, as pessoas idosas com autoperceção de saudáveis apresentam ponderações maiores no Autoconceito comparativamente às pessoas idosas com autoperceção de incapazes de cuidar de si (ponderações baixas). Contudo, para níveis mais elevados de Práticas religiosas verifica-se uma aproximação entre o autoconceito de pessoas idosas com autoperceção de saudáveis e incapazes de cuidar de si, parecendo este não depender do estado de saúde.

Já no que diz respeito à Paz espiritual, para níveis elevados de paz espiritual, verifica-se um aumento das ponderações no autoconceito em ambos os grupos, observando-se uma aproximação entre o autoconceito de pessoas idosas saudáveis e incapazes de cuidar de si.

Em suma, em pessoas idosas que se autopercecionam como incapazes de cuidar de si, níveis elevados de Fé pessoal e as Práticas religiosas constituem-se como um recurso capaz de fomentar a iniciativa e responsabilidade para o autocuidado. Do mesmo modo, níveis elevados de Práticas religiosas e Paz espiritual constituem-se como um recurso capaz de desempenhar um contributo positivo no autoconceito destas pessoas idosas.

O enfermeiro, nas situações de incapacidade da pessoa idosa para cuidar de si, deve equacionar que a Fé pessoal, Paz espiritual e Práticas religiosas podem constituir-se como um recurso passível de impulsionar o autoconceito e a iniciativa e responsabilidade. Deste modo, uma identificação precoce e sistematizada das necessidades espirituais, e implementação de intervenções que visam dar respostas às necessidades identificadas, são parte integrante do cuidar holístico promotor da capacidade de autocuidado.

Importa ainda destacar que, nas pessoas idosas a vivência de situações de incapacidade cuidar de si, pode em simultâneo, conduzir a níveis baixos de bem-estar espiritual e de capacidade de autocuidado, pelo que o enfermeiro deve entender as situações de dependência como momentos de grande vulnerabilidade. Assim, o cuidar e nele o cuidar espiritual, deve sempre ocorrer, numa visão holística dos cuidados que não separa as necessidades do ser humano, nem o momento ou o contexto em que estas se manifestam.

Em termos de reflexão global, como implicações do estudo para a prática clínica, começamos por referir que a capacidade da pessoa idosa para se envolver em comportamentos de autocuidado coloca-se quer no domínio da promoção da saúde, quer em situações de doença aguda ou crónica, pelo que são vários os momentos e contextos de saúde onde o enfermeiro pode intervir.

Sabemos, tal como conceptualizado na Teoria de Dorothea Orem, que a capacidade para o autocuidado é influenciada por fatores condicionantes básicos, fatores ambientais, capacidades e disposições fundamentais para a ação, pelo que o contributo para o exercício da capacidade de autocuidado é multifatorial. Nesta amostra em estudo, o bem-estar espiritual (nos domínios da Fé pessoal, Prática religiosa e Paz espiritual) mostrou ser responsável por um aumento da Capacidade de autocuidado, pelo que se deve colocar à reflexão o contributo positivo advindo do Bem-estar espiritual.

Consideramos que, as intervenções de enfermagem promotoras de Bem-estar espiritual requerem uma avaliação que a partir de uma compreensão holística da pessoa idosa apreenda a sua singularidade e intencionalidade.

A avaliação do Bem-estar espiritual poderá, numa primeira instância, ter como suporte instrumentos de recolha de dados que permitam tornar mensurável o fenómeno para aquela pessoa. Estes instrumentos podem simultaneamente fornecer um meio para despertar na pessoa idosa o pensamento sobre os tópicos nele incluso.

Mas, avaliar as necessidades espirituais, o sentido de vida e potencialidades que permitam à pessoa idosa co-transcender, requerem uma relação terapêutica na qual o enfermeiro está em verdadeira presença com o outro.

Na avaliação não se conhece só o outro, constrói-se uma relação de confiança no qual o respeito pela dignidade humana é condição fundamental para o desenvolvimento de uma relação terapêutica.

Aliada a estes aspetos, uma validação dos dados colhidos com a pessoa idosa conduzirá à formulação de diagnósticos de enfermagem que espelham a individualidade do mesmo.

O planeamento de intervenções de enfermagem promotoras de Bem-estar espiritual decorre sempre da avaliação da individualidade de vida da pessoa idosa, do respeito pela sua liberdade de escolha, da compreensão de que a pessoa idosa é um Ser sempre em mudança e em interação como o que o rodeia, bem como, dos recursos pessoais do enfermeiro e, do apoio de equipas interdisciplinares para atender às necessidades espirituais.

Do ponto de vista das implicações do estudo para a educação em enfermagem, uma vez que a visão holística do ser humano e o apoio à capacidade de autocuidado são dimensões estruturantes nos processos formativos, o desenvolvimento de competências para a avaliação do Bem-estar espiritual e planeamento de intervenções que visem dar resposta às necessidades espirituais da pessoa idosa integrando equipas interdisciplinares, são dimensões a considerar.

Simultaneamente, considera-se relevante que os contextos de ensino clínico tenham culturas organizacionais que advoguem e priorizem o Bem-estar espiritual.

Do ponto de vista da investigação, este estudo revela-se importante no contexto das pesquisas que analisam a relação entre o bem-estar espiritual e a capacidade de autocuidado, contudo identificaram-se algumas limitações.

O estudo integrou apenas o contexto domiciliário, pelo que se sugere que novas investigações integrem outros contextos de cuidados e populações. Dado a atual geração de pessoas idosas Portuguesas se considerarem maioritariamente religiosos, o bem-estar espiritual foi avaliado no domínio da Fé pessoal, Prática religiosa e Paz espiritual, porém sugere-se que novas investigações analisem do contributo do Bem-estar espiritual integrando outras dimensões do Bem-estar espiritual, como a conexão consigo próprio, com os outros, a natureza e/ou com Deus ou Poder superior, permitindo deste modo uma visão mais ampla do

fenómeno, bem como, dar visibilidade à dimensão do Bem-estar espiritual de ateus e agnósticos.

Perspetiva-se, para uma interpretação e compreensão mais alargada do fenómeno, em complementaridade ao estudo realizado, o desenvolvimento de entrevistas.

Consideramos ainda importante destacar, que a permanência contínua do investigador nos contextos de saúde para colheita de dados permitiu ouvir diferentes opiniões sobre o tema, que podem estimular novas reflexão.

De forma consistente, as pessoas idosas referiram não percecionam na imagem da profissão de enfermagem a responsabilidade de atender às necessidades espirituais, porém, declararam que em momentos de vivência de situações de doença grave ou perda de pessoas significativas (nomeadamente filhos) em que tiveram dificuldade em ter iniciativa para cuidar de si, sentiram que teria sido importante que as necessidades espirituais fossem atendidas.

Estas reflexões partilhadas pelas pessoas idosas, poderão em nosso entender, constituir-se como estímulo para que possamos equacionar outros estudos sobre a temática, nomeadamente um conhecimento mais aprofundado sobre o cuidar espiritual na pessoa idosa.

## REFRÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, W., Joyner, J., Cornelius, J. & Greer, D. (2017). Self-care management strategies used by Black women who self-report consistent adherence to antihypertensive medication. *Patient Prefer Adherence*, 16(11), 1401-1412. DOI: 10.2147/PPA.S138162
- Ali, J., Marhemat, F., Sara, J. & Hamid, H. (2015). The relationship between spiritual well-being and quality of life among elderly people. *Holistic Nursing Practice*, 29(3), 128-35. DOI: 10.1097/HNP.0000000000000081
- Alferes, V. R. (2002). Programas e rotinas complementares do SPSS [syntax files]. [https://www.fpce.uc.pt/niips/spss\\_prc/inq\\_amos/con\\_not\\_pre/conceitos.htm](https://www.fpce.uc.pt/niips/spss_prc/inq_amos/con_not_pre/conceitos.htm)
- Amado, N. & Diniz, A. (2017). Strength of Religious Faith in the Portuguese Catholic Elderly. *Archive for the Psychology of Religion*, 39, 82-98.
- Arbuckle, J. L. (2013). *Amos 22 user's guide*. Chicago, IL: SPSS Inc.
- Bai, M. & Lazenby, M. (2015). A Systematic Review of Associations between Spiritual Well-Being and Quality of Life at the Scale and Factor Levels in Studies among Patients with Cancer. *Journal of Palliative Medicine*, 18(3), 286-298. DOI: 10.1089/jpm.2014.0189
- Bailly, N. Martinet, G., Ferrand, C., Agli, O., Giraudeau, C., Gana, K. & Roussiau, N. (2018). Spirituality, social support, and flexibility among older adults: a five-year longitudinal study. *International Psychogeriatrics*, 30 (12): 1745–1752. DOI: 10.1017/S1041610218000029
- Barss, K. (2012). T.R.U.S.T.: an affirming model for inclusive spiritual care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1): 24-34. DOI: 10.1177/0898010111418118
- Barss, S. K. (2020). Spiritual Care in Holistic Nursing Education: A Spirituality and Health Elective Rooted in T.R.U.S.T. and Contemplative Education. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1):122-130. doi:10.1177/0898010119889703
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness-of-fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588-606.
- Bhattacharya, G. (2013). Spirituality and Type 2 Diabetes Self-Management Among African Americans in the Arkansas Delta. *Journal of Social Service Research*, 39, 469-482. <https://doi.org/10.1080/01488376.2011.647989>
- Blasdell, N. (2015). The Evolution of Spirituality in the Nursing Literature. *International Journal of Caring Sciences*, 8, 757-764.
- Bodogai, S., Olah, Ş. & Roşeanu, G. (2020). Religiosity and Subjective Well-Being of the Central and Eastern European's Elderly Population. *Journal of Religions and Health*, 59(2), 784-795. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0659-2>
- Bollen, K. A. (1989) *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley. ISBN: 978-0-471-01171-2
- Bonelli, R. & Koenig, H. (2013). Mental Disorders, Religion and Spirituality 1990 to 2010: A Systematic Evidence-Based Review. *Journal Religion Health*, 52: 657–673. DOI: 10.1007/s10943-013-9691-4
- Borba, A., Arruda, I., Marques, A. Leal, M. & Diniz, A. (2019). Knowledge and attitude about diabetes self-care of older adults in primary health care. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1):125-136.
- Bournes, D. A., Bunkers, S. S., & Mitchell, G. J. (2018). Rosemarie Rizzo Parse: Humabecoming. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (9th ed.) (pp. 375-397). St. Louis, MO: Elsevier.
- Brown, T. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: The Guilford Press.

- Buck, H. (2006). Spirituality: Concept Analysis and Model Development. *Holistic Nursing Practice*, November/December, 288-292. DOI: 10.1097/00004650-200611000-00006
- Caldeira, S. & Timmins, F. (2017). Implementing spiritual care interventions. *Nursing Standard*. 31(34), 54-60. DOI: 10.7748/ns.2017.e10313
- Callaghan, D. (2005). Healthy Behaviours, Self-Efficacy, Self-Care, and Basic Conditioning Factors in Older Adults. *Journal of Community Health Nursing*, 22(3), 169–178. DOI: 10.1207/s15327655jchn2203\_4
- Callaghan, D. (2006). The Influence of Spiritual Growth on Self-Care Agency in an Older Adult Population. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(9): 43-51.
- Carvalho, C. Santos, P. & Pereira, J. (2020). Literacia em saúde. Volume I. Escola Superior de Saúde do Porto. Politécnico do Porto. <https://doi.org/10.26537/W94N-5M64>
- Casarez, R.; Engebretson, J. & Ostwald, S. (2010). Spiritual Practices in Self-management of Diabetes in African Americans. *Holistic Nursing Practice*, 24(4), 227-23. DOI: 10.1097/HNP.0b013e3181e903c6
- Castelo Branco, M. (2015). *Bem-estar espiritual da pessoa idosa hospitalizada* [Tese Doutorado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/19364>
- Chaves, L & Gil, C. (2015). Older people's concepts of spirituality, related to aging and quality of life. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(12), 3641-3652. DOI: 10.1590/1413-812320152012.19062014
- Chatrungs, C., Sorajjakool, S., & Amnatsatsue, K. (2015). Wellness and religious coping among Thai individuals living with chronic kidney disease in Southern California. *Journal of Religion and Health*, 54(6), 2198–2211. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9958-4>
- Chen, Z., Jiang, Y., Chen, M., Baiyila, N., & Nan, J. (2021). Resilience as a Mediator of the Association between Spirituality and Self-Management among Older People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Health care (Basel)*. 25, 9(12), 1631. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121631>
- Clarke, J. (2009). A critical view of how nursing has defined spirituality. *Journal of Clinical Nursing*, 18(12), 1666-1673. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02707.x>
- Cocchieri, A., Riegel, B., D'Agostino, F., Rocco, G., Fida, R., Alvaro, R. & Vellone, E. (2015) Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 14(2):126-36. doi: 10.1177/1474515113518443
- Coelho, J. (2011). *Sofrimento espiritual da pessoa com esclerose múltipla*. [Tese Doutorado, Universidade Católica Portuguesa] Repositório institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.1410570>
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Conceição, A. (2014). A Competência para o cuidado espiritual em enfermagem. [Tese Doutorado, Universidade Católica Portuguesa] Repositório institucional da Universidade Católica Portuguesa.
- Cooper, K., Chang, E., Luck, L. & Dixon, K. (2020). How Nurses Understand Spirituality and Spiritual Care: A Critical Synthesis. *J Holist Nurs.*, 38(1), 114-121. DOI: 10.1177/0898010119882153.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient Alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 6(13), 297-334.
- Cunha, F. & Sarroeira, C. (2014). O papel da espiritualidade na gestão do autocuidado: Uma revisão integrativa da literatura. Comunicação apresentada no 8th International Seminar on Nursing Research de 08-10 May 2014. Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

- Cunha, F. & Vieira, M. (2017). Instrumentos de avaliação da espiritualidade utilizados em Portugal: Revisão da literatura. Poster apresentado no XI Encontro Luso Brasileiro de Enfermagem de 2 a 3 Novembro 2017. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.
- Cunha, F. (2021). Conceito de Espiritualidade em contextos de saúde: uma revisão da literatura. *Revista da UIIPSantarem*. Edição Temática: Ciências da Vida e da Saúde. 9(1), 58-70. <https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/24832>
- Dellafiore, F., Arrigoni, C., Pittella, F., Conte, G., Magon, A. & Caruso, R. (2018). Paradox of self-care gender differences among Italian patients with chronic heart failure: findings from a real-world cross-sectional study. *BMJ Open*, 8:e021966. doi:10.1136/bmjopen-2018-021966
- Dias, E & Pais-Ribeiro, J. (2018). Spirituality and quality of life of elderly people: a relational study. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(3), 591-604. <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190310>
- Disler, R.; Gallagher, R. & Davidson, P. (2012). Factors influencing self-management in chronic obstructive pulmonary disease: An integrative review. *Int. J. Nurs. Stud.* 49, 230–242. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.005>
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Plano de Ação para a literacia em saúde 2019-2021*. Lisboa, Portugal
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Manual de boas práticas. Literacia em Saúde. Capacitação dos profissionais de saúde*. Lisboa, Portugal
- Domocmat, M. (2014). Spirituality and Chronic Illness: A Concept Analysis. *International Journal of Science and Research*, 3, 1579-1583.
- Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes: The States of the Science*. (2ª ed.). Canada: Jones & Bartlett Learning.
- Drevenhorn, E., Bengtson, A., Nyberg, P. & Kjellgren, K. (2015). Assessment of hypertensive patients' self-care agency after counseling training of nurses. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27: 624–630. DOI:10.1002/2327-6924.12222
- Drury, C. & Hunter, J. (2016) The Hole in Holistic Patient Care. *Open Journal of Nursing*, 6, 776- 792. <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2016.69078>
- Duke, N. & Wigley, W. (2016). Literature review: The self-management of diet, exercise and medicine adherence of people with type 2 diabetes is influenced by their spiritual beliefs. *Journal of Diabetes Nursing*, 20(5): 184-190.
- European Union (2020). Ageing Europe – Looking at the lives of older people in the EU. *Statistical books - EuroStat*. doi:10.2785/628105.
- Esperandio, M, Fanini, L & Macedi, E. (2019). Envelhecimento e espiritualidade: O papel do Coping espiritual/religioso em pessoas idosas hospitalizadas. *Interação em Psicologia*, 23(2), 268-280
- Fadila, D. & Elhammed, A. (2019). Spiritual needs, well-being and perception of health among community dwelling older adults. *Journal of Nursing and Health Science*, 8(4), pp 70-79.
- Falcão, A. (2012). *Panorama da Sociologia da Saúde em Portugal: Avanços teóricos, problemáticas e domínios cruzados*. CIES e-Working Papers. ISSN 1647-0893.
- Fawcett, J. e Santo-Madeya, S. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. (3ª ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Faria, M., Ramalho, J., Nunes, A. & Fernandes, A. (2020). *Visões sobre o Envelhecimento*. IPBeja Editorial. ISBN 978-989-8008-41-1

- Fernandes, A., de Sousa, C., Valentim, O., Sousa, L., Vinagre, H. & Carvalho, J. (2020). Bem-estar e espiritualidade em adultos seniores. Suplemento digital Revista ROL Enfermeria, 43 (1), 414-419.
- Figueiredo, M., Tyreel, M., Carvalho, M., Amorim, F. & Loila, N. (2007). *Gender differences in the oldnes. Rev Bras Enferm*, 60(4):422-7.
- Figueroa, L.; Davis, B.; Baker, S. & Bunch, J. (2006). The influence of spirituality on health care-seeking behaviors among African Americans. *ABNF Journal*, 17(2): 82-88. PMID: 18402349.
- Finney, S. J., & Distefano, C. (2006). *Non-normal and categorical data in structural equation modeling*. In G. R. Hancock & R. O. Mueller (Eds.), *Structural equation modeling: a second course* (269–314). Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Fisher, J. W. (1999). Helps to fostering students' spiritual health [1]. *International Journal of Children's Spirituality*, 4(1), 29–49. DOI: 10.1080/1364436990040104
- Fleming, S. & Evans, D. (2008). The concept of spirituality: its role within health promotion practice in the Republic of Ireland. *Spirituality and Health International*, 9: 79-89. <https://doi.org/10.1002/shi.332>
- Foch, G. Silva, A. & Enumo, S. (2017). *Coping religioso/espiritual: uma revisão sistemática de literatura (2003-2013)*. *Arq. bras. Psicol*, 69(2), 53-71.
- Forlenza, O. & Vallada, H. (2018). Spirituality, health and well-being in the elderly. *Int Psychogeriatr*, 30(12): 1741-1742. DOI: 10.1017/S1041610218001874.
- Fortin, M. (2009). *Fundamento e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, S. Alves, L. Simões, M. & Santana, I. (2013). Importância do rastreio cognitivo na população idosa. *Revista eletrônica de psicologia, educação e saúde*, 1: 4-24.
- Freitas, E, Vieira, M., Tsunemi, M., Pessini, L. & Guerra, G. (2016). A influência da espiritualidade na qualidade de vida do paciente oncológico: reflexão bioética. *Revista Nursing*, 17 (222): 1266-1270.
- Gapta, P. & Anandarajah, G. (2014). The Role of Spirituality in Diabetes Self-Management in an Urban, Underserved Population: A Qualitative Exploratory Study. *Spirituality & Medicine*, 31-35.
- Ghorbani, M., Mohammadi, E., Aghabozorgi, R. *et al.* (2021). Spiritual care interventions in nursing: an integrative literature review. *Support Care Cancer*, 29:1165–1181. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05747-9>
- Gil, A. C. (2008). *SPSS: Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: ATLAS.
- Gomez, R e Fisher, J. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35(8): 1975-1991.: <https://www.researchgate.net/publication/256499063>
- Gómez P, Cantillo D, Coronado M, López A, Vergara Y. (2016). Spirituality and religiosity in elderly adults with chronic disease. *Investigación y Educación en Enfermería*. 34(2): 235-242.
- Goudarzian, A.; Boyle, C.; Beik, S.; Jafari, A.; Nesami, M.; Taebi, M. & Zamani, F. (2019). Self-Care in Iranian Cancer Patients: The Role of Religious Coping, *J Relig Health*, 58: 259–270. DOI: 10.1007/s10943-018-0647-6
- Gouveia, M.; Marques, M. & Pais-Ribeiro, J. (2009). Versão Portuguesa do questionário de Bem-estar espiritual (SWBQ): Análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (2), 285-293. <https://www.researchgate.net/publication/235417594>
- Guner, S. & Kaymakci, S. (2014). The examination of the relationship between health promotion life-style profile and self-care agency of women who underwent mastectomy surgery. *Eastern Journal of Medicine*, 19: 71-78.

- Hair, J. F., Black, W.C., Babin, B. J., & Anderson, R.E. (2009). *Multivariate data analysis* (7th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Harvey, I. (2006). Self-Management of a Chronic Illness: An Exploratory Study on the Role of Spirituality Among Older African American Women. *Journal of Women & Aging*, 18(3): 75-88. [https://doi.org/10.1300/J074v18n03\\_06](https://doi.org/10.1300/J074v18n03_06)
- Harvey, I. & Silverman, M. (2007). The Role of Spirituality in the Self-management of Chronic Illness among Older African and Whites. *Journal cross cultural gerontology*, 22: 205-220. DOI: 10.1007/s10823-007-9038-2
- Harvey, I. (2008). Assessing Self-management and Spirituality Practices Among Older Women. *Journal of Health Behaviour*, 32(2): 157-168. DOI:10.5993/AJHB.32.2.5
- Helvacı, A.; Izgu, N. & Ozdemir, L. (2020) Relationship between symptom burden, medication adherence and spiritual well-being in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J. Clin. Nurs*, 29, 2388–2396. <https://doi.org/10.1111/jocn.15251>
- Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (2014). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*, 2015-017. 10ª Ed, Oxford: Wiley Blackwell.
- Hickey, K., Masterson Creber, R., Reading, M., Sciacca, R., Riga, T., Frulla, A. & Casida, J. (2018). Low health literacy: Implications for managing cardiac patients in practice. *The Nurse practitioner*, 43(8), 49–55. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000541468.54290.49>
- Hill, M. & Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hu, J., Gruber, K., Liu, H., Zhao, H. & Garcia, A. (2012) Diabetes knowledge among older adults with diabetes in Beijing, China. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 51–60, doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04273.x
- Hungerman, D. (2014).The effect of education on religion: Evidence from compulsory schooling laws. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 104, 52–63. doi:10.1016/j.jebo.2013.09.004
- Integraal Kankercentrum Neverland (2013). *Guidelines* Spiritual care Nation-wide guideline, Version: 1.0. Oncoline
- International Council of Nurses (2019). *Nursing diagnosis and statements - International classification for nursing practice* (ICNP®), Geneva, Switzerland.
- Instituto Nacional de Estatística (2021). Censos 2021- divulgação de resultados Provisórios
- Instituto Nacional de Estatística (2022). Rendimento e condições de vida. Consultado em: [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=548313550&att\\_display=n&att\\_download=y](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=548313550&att_display=n&att_download=y)
- Jacobs, A. (2013). Spirituality: History and contemporary developments – An evaluation. *Koers – Bulletin for Christian Scholarship* 78(1): 445. <http://dx.doi.org/10.4102/koers.v78i1.445>.
- Jacobs, R., Ownby, R., Acevedo, A. & Waldrop-Valverde, D. (2017). A qualitative study examining health literacy and chronic illness self-management in Hispanic and non-Hispanic older adults. *J Multidiscip Healthc.* 20,10:167-177. doi: 10.2147/JMDH.S135370.
- Jafaripoor, H., Safarabadi, M., Pourandish, Y. & Khanmohammadi, A. (2018). The elders' spiritual wellbeing and their quality of life: A cross-sectional study. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 4(3), 139–144. <https://doi.org/10.32598/jccnc.4.3.145>
- Joint Commission on Accreditation for Healthcare *Organization* (2022) Spiritual Beliefs and Preferences – Evaluating a Patient's Spiritual Needs. Consultado em: <https://www.jointcommission.org/standards/standard-faqs/critical-access-hospital/provision-of-care-treatment-and-services-pc/000001669/>
- Jones, C. 2020. Spiritual Well-Being in Older Adults: A Concept Analysis. *J Christ Nurs*;37(4):E31-E38. DOI: 10.1097/CNJ.0000000000000770

- Jose, P.E. (2013). ModGraph-I: A programme to compute cell means for the graphical display of moderational analyses: The internet version, Version 3.0. Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand. Retirado de <https://psychology.victoria.ac.nz/modgraph/>
- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosom Med*, 55(3):234-47. doi: 10.1097/00006842-199305000-00002
- Kearney, B. & Fleischer, B. (1979). Development of an Instrument to Measure Exercise of Self-Care Agency. *Research in Nursing and Health*, 2 (1): 25-34.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed). New York: The Guilford Press.
- Kramer-Hile, M., Osuji, J., Larsen, P. & Lubkin. I. (2014). Chronic Illness in Canada: Impact and Intervention. 1<sup>st</sup> ed. Jones & Bartlett Learning. ISBN-13: 978-1449687441
- Krause, N. & Hayward, R. (2016). Religion, Health, and Aging. In: George, L.K. & Ferraro, K.F., Eds., Handbook of Aging and the Social Sciences, *Academic Press, San Diego*, 251-270. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-417235-7.00012-3>
- Koç, Z. & Sağlam, Z. (2019). Determination of the effects of daily life activities and self-care capacity on depression of the elderly in northern Turkey. *Acta Clinica Croatica*, 58(3): 516-522.
- Koenig, H. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Network*. 1-33. DOI: 10.5402/2012/278730
- Koenig, H. G., King, D. E. and Carson, V. B. (2012). Handbook of Religion and Health, 2nd edn. New York, NY: Oxford University Press
- Lewinson, L.; McSherry, W. & Kevern, P: (2015). Spirituality in pre-registration nurse education and practice: A review of the literature. *Nurse Education Today*, 35(6): 806-814. DOI: 10.1016/j.nedt.2015.01.011
- Li, C. & Shun, S. (2016). Understanding self-care coping styles in patients with chronic heart failure: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(1) 12–19. DOI: 10.1177/1474515115572046
- Lins, G.; Armendaris, M.; Pinho, D.; Kamada, I.; Jesus, C. & Reis, P. (2013). Teoria de Torna-se Humano na enfermagem ecológica: Aplicando o método de avaliação de Meleis. *Texto Contexto Enfermagem*, 22(4): 1179-86
- Litalien, M. Atari, D. & Obasi, I. (2021). The Influence of Religiosity and Spirituality on Health in Canada: A Systematic Literature Review. *Journal of Religion and Health*. 6. doi: 10.1007/s10943-020-01148-8.
- Liu, Y., Xue, L., Xue, H. & Hou, P. (2018). Health literacy, self-care agency, health status and social support among elderly Chinese nursing home residents. *Health Education Journal*, 77(3): 303-311. <https://doi.org/10.1177/0017896917739777>
- Loehlin, J. C. (2004). *Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural analysis* (4<sup>th</sup> ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lou, V. W. (2015). Spiritual well-being of Chinese older adults: Conceptualization, measurement and intervention (1.<sup>a</sup> ed.). Heidelberg: Springer. doi:10.1007/978-3-662-46303-1
- Lucchetti, G.; Lucchetti, A.; Bass.R.; Nasri, F. & Nacif, S. (2011). O idoso e sua espiritualidade: impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Bras. Geriatr. Gerontol*, 14(1): 159-167.
- Malone, J. & Dadsweel, A. (2018). The Role of Religion, Spirituality and/or Belief in Positive Ageing for Older Adults. *Geriatrics*, 3, 28; doi:10.3390/geriatrics3020028
- Mangia, P. (2015). Estudo transcultural de validação do SHALOM, um instrumento de Bem-estar espiritual. Tese Submetida ao ISPA para obtenção do grau de Mestre em psicologia.

- Margaça, C. & Rodrigues, D. (2021). Religiosidade e Funcionamento Mental em Idosos Portugueses: Uma Perspetiva Sociopsicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 37 e37219. <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e37219>
- McBrien, B. (2006). A concept analysis of spirituality. *British Journal of Nursing*, 15(1): 42-45. DOI: 10.12968/bjon.2006.15.1.20309
- McSherry, W. & Cash, K. (2004). The language of spirituality: an emerging taxonomy. *International Journal of Nursing Studies*, 41: 151– 161. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00114-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00114-7)
- Meaningful Ageing Australia (2016). *National Guidelines for Spiritual Care in Aged Care*. Meaningful Ageing Australia, Parkville.
- Meehan, T. (2012). Spirituality and spiritual care from a Careful Nursing perspective. *Journal of Nursing Management*, 1-12. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.01462.
- Melo, A. (2015). *Espiritualidade e saúde mental na pessoa com diabetes Tipo2*. [Tese Doutorado]. Universidade Católica Portuguesa, Portugal.
- Mendes, J. (2005). Como inserir a espiritualidade no processo terapêutico. *Servir*, 54(4): 158-164. <https://core.ac.uk/download/pdf/62444503.pdf>
- Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal
- Marôco, J. (2014). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações*. (2ª edição). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (7ª edição). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Moberg, D. (2002). Assessing and measuring spirituality: confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. *Journal of Adult Development*, 9(1), 47-60. <https://doi.org/10.1023/A:1013877201375>
- Mohammadi, M., Alavi, M., Bahrami, M. & Zandieh Z. (2017). Assessment of the relationship between spiritual and social health and the self-care ability of elderly people referred to community health centers. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(6): 471-475. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR\_171\_16.
- Moorhead, S., Swanson, E. & Johnson, M. (2016). *Nursing Outcomes Classification (NOC) - Measurement of Health Outcomes*. Kindle Edition, 6<sup>th</sup> edition. ISBN-13: 978-0323497640
- Moura, H., Menezes, T., Freitas, R., Moreira, F., Pires, I., Nunes, A. & Sales, M. Fé e espiritualidade no sentido da vida do idoso com insuficiência renal crônica. *Rev Bras Enferm*, 73(3). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0323 e20190323>
- Nahcivan, N. (2004). A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *Western Journal of Nursing Research*, 26: 813–824. <https://doi.org/10.1177/0193945904267599>
- Newlin, K.; Knafel, K & Melkus, G. (2002) African-American Spirituality - a concept analysis, *Advances in Nursing Science*, 25(2), 57-70.
- Nelas, P. (2018). Autoconceito em Adolescentes com Dificuldades de Aprendizagem. Dissertação de Mestrado; Universidade Católica Portuguesa: Lisboa, Portugal
- Neves, M.; Garcia, I.; Espírito-Santo, H. & Lemos, L. (2018). Validação da versão portuguesa de Spiritual Well-Being Questionnaire em idosos institucionalizados, *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 4 (1): 34-42. <https://doi.org/10.31211/rpics.2018.4.1.70>
- Nissen, R., Viftrup, D.T. & Hvidt, N. (2021) The Process of Spiritual Care. *Front. Psychol.* 12:674453. doi: 10.3389/fpsyg.2021.674453
- Nunes, M. (2009). Envelhecimento cognitivo: Principais mecanismos explicativos e suas limitações. *Cadernos de Saúde*. Lisboa. 2(2): 19-29 <http://hdl.handle.net/10400.14/9880>

- O'Brien, M. (2014). *Spirituality in Nursing: Standing on holy ground*. 5ª Edição. Jones & Bartlett Learning. Burlington.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Lisboa.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. 6ª Edição. St. Louis.
- Orellano-Colón, E., Abdalla-Mukhaimer, N., Rodríguez-Ramos, B., Rodríguez-Robles, R., Rivero-Méndez, M., Lizama-Troncoso, M., Jutai, J., Jiménez-Velázquez, I., Varas-Díaz, N. & Hallman-Navarro, D. (2020). Self-Management Strategies Used by Older Hispanic Women to Overcome Functional Disabilities, *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, DOI: 10.1080/02703181.2020.1788691
- Özdemir, A., Kavak Buda, F., Dural, G. & Gültekin, A. (2022). The Relationship Between Spiritual Well-Being, Life Satisfaction and Hope in Elderly Individuals in Turkey. *J Relig Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01517-5>
- Paço, C. (2016). Solidão e isolamento na velhice. [Dissertação de mestrado em gerontologia social]. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Pais-Ribeiro, J. (2010) Metodologia de investigação em psicologia e saúde (3ª Edição). Porto: Livpsic.
- Paley, J. (2008). Spirituality and nursing: A reductionist approach. *Nursing Philosophy*, 9(1): 3-18.
- Panasiewicz, R. (2013). Categorização de experiências transcendentais: uma leitura da religiosidade, da fé e da religião. *Rev. Pistis Prax., Teol. Pastor., Curitiba*, 5 (2), 587-61. <http://dx.doi.org/10.7213/pp.v5i2.12962>
- Panzini, R., Mosqueiro, B., Zimpel, R., Bandeira, D., Rocha, N. & Flec, M. (2017). Quality of life and spirituality. *International Review of Psychiatry*, 29(3): 263-282. <https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1285553>
- Papadopoulos, D. (2020). The Role of Well-Being, Spirituality, and Religiosity for Successful Aging in Late Life: A Brief Review. *Advances in Aging Research*, 9, 23-31. <https://www.scirp.org/journal/aar>
- Parse, R. R. (2007). The humanbecoming school of thought in 2050. *Nursing Science Quarterly*, 20(4), 308-311. <https://doi.org/10.1177/0894318407307160>
- Parse, R. (2010). Human Dignity: A Humanbecoming Ethical Phenomenon. *Nursing Science Quarterly*, 23(3) 257-262. DOI: 10.1177/0894318410371841
- Parse, R. (2021). Living Quality: A Reprise and More. *Nursing Science Quarterly*, 34(1), 54-58. doi: 10.1177/0894318420965222.
- Pereira, F. & Santos, C. (2011). Adaptação cultural da Functional Assessment of Chronic Illness Therapy -Spiritual Well -Being (FACIT -Sp): estudo de validação em doentes oncológicos na fase final de vida. *Cadernos de Saúde*, 4(2): 37-45.
- Pereira, F. (2012). Bem-estar Espiritual, Qualidade de Vida e Coping em fase Final de Vida. [Tese Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório institucional da Universidade Católica Portuguesa
- Pereira, A. (2013). SPSS: *Guia prático de utilização. Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (8ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Peres M. & Lucchetti, G. (2010). Coping strategies in chronic pain. *Curr Pain Headache Rep*. 5, 331-38. doi: 10.1007/s11916-010-0137-3.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pesut, B.; Fowler, M.; Taylor, E.; Reimer-Kirkham, S. & Sawatzky, R. (2008). Conceptualising spirituality and religion for healthcare. *Journal of Clinical Nursing*, 17: 2803– 2810. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02344.x

- Pfeiffer, J., Hong, L., Martez, M. & Gillespie, T. (2018). The Role of Religious Behavior in Health Self-Management: A Community-Based Participatory Research Study. *Religions*, 9, 357, doi:10.3390/rel9110357
- Peteet, J. R., Zaben, F. A. and Koenig, H. G. (2018). Integrating spirituality into the care of older adults. *International Psychogeriatrics*, 1-8. doi:10.1017/S1041610218000716.
- Pham, T., Beasley, C., Gagliardi, J., Koenig, H. & Stanifer, J. (2020). Spirituality, Coping, and Resilience Among Rural Residents Living with Chronic Kidney Disease. *Journal of Religion and Health*, 59: 2951–2968. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00892-w>
- Pilger, C.; Caldeira, S.; Rodrigues, R.; Carvalho, E. & Kusumota, L. (2021) Spiritual well-being, religious/spiritual coping and quality of life among the elderly undergoing hemodialysis: a correlational study, *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 33:1, 2-15, DOI: 10.1080/15528030.2020.1824848
- Pina, O (2013). Envelhecimento Ativo em relação ao Género no Concelho de Viseu. [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa Centro Regional das Beiras – Pólo de Viseu].
- PRODATA (2022). Dados estatísticos de Escolaridade da População em Portugal | Pordata
- Queirós, P. (2012). O bem-estar na perspetiva de enfermagem. In book: *Enfermagem: De Nightingale aos dias de hoje, 100 anos* (pp.89-118) Chapter: O bem-estar na perspetiva de enfermagem. Editors: UICISA-E / ESEnfC
- Rabie, T. & Klopper, H. (2015). Guidelines to facilitate self-care among older persons in South Africa. *Health SA Gesondheid*, 20(1): 33-44.
- Rafael, A. (2015). Experiência do autocuidado e identidade pessoal. Um estudo fenomenológico com pessoas idosas que vivem com doença pulmonar obstrutiva crónica [Tese doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/18573>
- Ramada-Rodilla, J., Serra-Pujadas, C. & Delclós-Clanchet, G. (2013) Cross-cultural adaptation and health questionnaires validation: revision and methodological recommendations. *Salud Publica Mexico*, 55(1): 57-66.
- Ramezani, M., Ahmadi, F. Mohammadi, E. & Kazemnejad, A. (2014). Spiritual care in nursing: a concept analysis. *International Council of Nurses*. 61(2): 211-219: doi: 10.1111/inr.12099.
- Rego, A. (2008). O processo de avaliação dos níveis de bem-estar espiritual: um contributo para a sua validação. *Cadernos de Saúde*, 1(2), 199-204.
- Reig-Ferrer, A.; de la Cuesta-Benjumea, C.; Fernández-Pascual, M.D.; Santos-Ruiz, A. (2019). A View of Spirituality and Spiritual Care in a Sample of Spanish Nurses. *Religions*, 10, 129: 1-12. <https://doi.org/10.3390/rel10020129>
- Reis, L. & Menezes, T. (2017). Religiosity and spirituality as resilience strategies among long-living older adults in their daily lives. *Revista Brasileira Enfermagem*, 70(4):761-6. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0630>
- Reinert, K. & Koenig, H. (2013). Re-examining definitions of spirituality in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12): 2622-34. DOI: 10.1111/jan.12152
- Ribeiro, T. (2012). A natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar – Construção de uma teoria explicativa. [Tese Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://core.ac.uk/download/pdf/70682259.pdf>
- Ribeiro, M. (2021). Gerotranscendência: construção e vivência em pessoas muito idosas. Mestrado em Gerontologia Social. <http://hdl.handle.net/10400.26/36545>
- Ribeiro, M., Borges, M. & Souza, M. (2017). Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa. *Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20 (6), 869-877.

- Riesch, S. & Hauck, M. (1988). The Exercise of Self-Care Agency: An Analysis of Construct and Discriminant Validity. *Research in Nursing and Health*, 11: 245-255.
- Robichaud-Ekstrand, S & Loisel, A. (1998). French validation of the "Exercise of self-care agency" scale for heart patients. *Rech Soins Infirm*, (54): 77-86.
- Robichaud-Ekstrand, S. & Gibbons, C. (2008). Composantes de la capacité d'autosoins de personnes ayant subi un infarctus du myocarde et participant à un programme d'exercices à domicile. *Revue de l'Université de Moncton*, 39(1-2): 249-273.
- Rocha (2008). O autoconceito dos idosos. [Dissertação de mestrado em psicogerontologia, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/1103>
- Rocha, A. & Ciosak, S. (2014). Doença Crônica no Idoso: Espiritualidade e Enfrentamento. *Rev Esc Enferm USP*, 48(2): 92-98. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000800014>
- Roldão, L. (2014). Espiritualidade e Bem-estar subjetivo em familiares cuidadores de idosos com Dependência Física. [Dissertação Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório institucional da Universidade Católica Portuguesa
- Rudolfsson, G., Berggren, I., & Barbosa da Silva, A. (2014). Experiences of spirituality and spiritual values in the context of nursing: An integrative review. *The Open Nursing Journal*, 8, 64–70. <https://doi.org/10.2174/1874434601408010064>
- Rykkje, I.; Eriksson, K. & Riholm, M. (2011). A Qualitative Metasynthesis of Spirituality from a Caring Science Perspective. *International Journal of Human Caring*, 15(4): 40-53. DOI: 10.20467/1091-5710.15.4.40
- Santos, W., Giacomini, K., Pereira, J. & Firmo, J. (2013). Coping with functional disability among the elderly by means of religious beliefs. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(8):2319-2328.
- Schroots, J. & Birren, J. (1980). A psychological point of view toward human aging and adaptability. In *Proceeding of the 9th International Conference of Social Gerontology*, (pp. 43-54). Quebec, Canada.
- Schumacker, R. E. & Lomax, R. G. (2012). *A beginner's guide to structural equation modeling*. New York: Routledge Academic.
- Scortegagna, H.; Pichler, N., & Fáccio, L. (2018). Vivência da espiritualidade por idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 21(3): 304-311. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180011>.
- Sharma, P., Asthana, H., Gambhir, I. & Ranjan, J. (2019). Death Anxiety among Elderly People: Role of Gender, Spirituality and Mental Health. *Indian Journal of Gerontology*, 33 (3), 240-254.
- Shaw, R., Gullifer, J., & Wood, K. (2016). Religion and spirituality: A qualitative study of older adults. *Ageing International: information bulletin of the International Federation on Ageing*, 41(3), 311-330. <https://doi.org/10.1007/s12126-016-9245-7>.
- Smith, M & Gullett, D. (2021). *Nursing Theories and Nursing Practice*. 5th edition. F.A. Davis. Philadelphia.
- Silva & Silva (2014). Relação entre Religião, espiritualidade e sentido da vida. *Logos & Existência*, 3 (2): 203-215.
- Silva, C. (2012). Espiritualidade e religiosidade das pessoas idosas: Consequências para a saúde e bem-estar. [Tese Doutorado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/10886>
- Silva, H., Moreira, M., Ferreira, O. et al. (2021). Spirituality / religiosity of Elderly Front to Health Care: Scope of Review. *Research Square*, DOI: 10.21203/rs.3.rs-1090764/v1

- Smith, M. & Parker, M. (2015). *Nursing Theories & Nursing Practice*. F. A. Davis Company. Filadelfia.
- Speck, P. (2005). The evidence base for spiritual care. *Nursing management*, 12(6): 28- 31.
- Spiritual Health Association. (2020) *Guidelines for Quality Spiritual Care in Health*. Abbotsford, Australia.
- Soares; A. & Amorim, M. (2015). Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Ed. Esp. 2): 45-51.
- Sousa, L.; Veludo, F.; Marque-Vieira, C. & José, H. (2015). Fidelidade e validade na construção e adequação de instrumentos de medida. *Enformação*, 14, 25-32.
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 173–180.
- Straßner, C., Frick, E., Stotz-Ingenlath, G., Buhlinger-Göpfarth, N., Szecsenyi, J., Krisam, J., et al. (2019). Holistic care program for elderly patients to integrate spiritual needs, social activity, and self-care into disease management in primary care (HoPES3): study protocol for a cluster-randomized trial. *Trials* 20:364.
- Sundsli, K., Söderhamn, U., Espnes, G. & Söderhamn, O. (2012). Ability for self-care in urban living older people in southern Norway. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*:5, 85–95. <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S29388>
- Tabachnick, B. G. and Fidell, L. S. (2013), *Using multivariate statistics* (6<sup>th</sup> Ed.), Pearson Education, Boston.
- Taylor, A. (2011). Older Adult, Older Person, Senior, Elderly or Elder: A Few Thoughts on the Language we use to Reference Aging. *British Columbia Law Institute*. Consultado em: <https://www.bcli.org/older-adult-older-person/>
- Tanyi, R. (2002). Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5): 500-509. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2002.02315.x
- Tarakeshwar, N.; Khan, N. & Sikkema, K. (2006). *A Relationship-Based Framework of Spirituality for Individuals with HIV*. *AIDS and Behaviour*, 10 (1):59-70.
- Tavares, B. (2012). Autoconceito e percepção do envelhecimento. Estudo exploratório entre população idosa em meio urbano e meio rural. [Dissertação de mestrado em psicologia, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/8193>
- Tavares, A. P., Martins, H., Pinto, S., Caldeira, S., Pontífice Sousa, P., & Rodgers, B. (2022). Spiritual comfort, spiritual support, and spiritual care: A simultaneous concept analysis. *Nursing forum*, 57(6), 1559–1566. <https://doi.org/10.1111/nuf.12845>
- Thauvoye, E., Vanhooren, S., Vandenhoeck, A. & Dezutter, J. (2018). Spirituality and Well-Being in Old Age: Exploring the Dimensions of Spirituality in Relation to Late-Life Functioning. *J Relig Health*, 57:2167–2181. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0515-9>
- Timmins, F.; Murphy, M. Neill, F.; Begley, T. & Sheaf, G. (2015). An exploration of the extent of inclusion of spirituality and spiritual care concepts in core nursing, text books. *Nurse Education Today*, 35(1): 277-282. DOI: 10.1016/j.nedt.2014.05.008
- Timmins, F. & Caldeira, S. (2017). *Understanding spirituality and spiritual care in nursing*. *Nursing Standard*, 31(22), 50–57. doi:10.7748/ns.2017.e10311
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra. Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª Edição. Lusociência. Loures.
- Tornstam, L. (2011). Maturing into gerotranscendence. *Journal of Transpersonal Psychology*, 43(2), 166-180. <https://www.atpweb.org/jtparchive/trps-43-11-02-166.pdf>
- Townsend, A., Wyke, S. & Hunt, K. (2006) 'Self-managing and Managing Self: Practical and Moral Dilemmas in Accounts of Living with Chronic Illness', *Chronic Illness*, 2 (3), 185–94.

- Taylor, S. & Renpenning, K. (2011). *Self-care science, nursing theory, and evidence-based practice*. Springer publishing company. New York
- Upchurch, S. & Mueller, W. (2005). Spiritual influences on ability to engage in self-care activities among older African Americans. *Int`L. J. Aging and Human Development*, 60(1): 77-94.
- Vaz Serra, A. (1988). O auto-conceito. *Análise Clínica*, 2(VI), 101-110. <https://core.ac.uk/download/pdf/70651471.pdf>
- Veiga, A. (2014). Análise crítica da adaptação do instrumento SAHLOM, a uma amostra de idosos. Relatório submetido como requisito Parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde no ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/3076A>
- Velasco-Gonzalez, L. & Rioux, L. (2014). The Spiritual Well-Being of Elderly People: A Study of a French Sample. *J Relig Health* (2014) 53:1123–1137. DOI 10.1007/s10943-013-9710-5
- Villaverde Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). Processos de Envelhecimento em Portugal. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa.
- Villani, D.; Sorgente, A.; Iannello, P. & Antonietti, A. (2019). The Role of Spirituality and Religiosity in Subjective Well-Being of Individuals With Different Religious Status. *Frontiers in Psychology*, 10, article 1525.
- Victor, P. C. & Treschuk, J. V. (2020). Critical Literature Review on the Definition Clarity of the Concept of Faith, Religion, and Spirituality. *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 38(1), 107–113. <https://doi.org/10.1177/0898010119895368>
- Vitorino, L. M., & Vianna, L. A. C. (2012). *Coping religioso/ espiritual de idosos institucionalizados*. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 136-142. doi: 10.1590/S0103-21002012000800021
- Weathers, E.; McCarthy, G. & Coffey, A. (2016). Concept Analysis of Spirituality: An Evolutionary Approach. *Nursing Forum*, 51(2): 79-96 DOI: 10.1111/nuf.12128
- Weathers, E. (2018). Spirituality and Health: A Middle Eastern Perspective. *Religions*, 9(2), 33. doi:10.3390/rel9020033
- Wehrle, K. & Fasbender, U. (2018). Self-concept. In V. Zeigler-Hill, T. K. Shackelford (eds.), [https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8\\_2001-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_2001-1)
- White, M. (2010). Spirituality and Spiritual Self-Care: Expanding Self-Care Deficit Nursing Theory. *Wayne State University Dissertations*. Paper 191.
- White, M., Peters R. & Schim, S. (2011) Spirituality and spiritual self-care: expanding self-care deficit nursing theory. *Nurs Sci Q.*, 24(1):48-56. doi: 10.1177/0894318410389059. PMID: 21220576.
- White, M. & Schim, S. (2013). Development of a Spiritual Self-Care Practice Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 21(3): 450-462. DOI: 10.1891/1061-3749.21.3.450
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 12: 1569-1585.
- World Health Organization (2017). Global strategy and action plan on ageing and health. Switzerland. ISBN 978-92-4-151350-0
- Wong, C., Ip, W & Shiu, T. (2012). Translation and validation of the Chinese-Cantonese version of the Exercise of Self-Care Agency Scale. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 1122–1137.
- Yamashita, M. (1998). The Exercise of Self-Care Agency Scale. *Western Journal of Nursing Research*, 20(3): 370-81.

- Yanardağ, M., Özer, O. & Özmen, S. (2021). Investigating Self-Care Agency and Well-Being of Elderly People, *Social Work in Public Health*, 36(4), 496-508, DOI:10.1080/19371918.2021.1915908
- Zadworna-Cieślak, M. (2020). Spirituality, satisfaction with life and health-related behavior of older residents of long-term care institutions-a pilot study. *Explore (NY)*. 16(2):123-129. doi: 10.1016/j.explore.2019.07.016.
- Zanatta, C., Campos, L. & Coelho, P. (2021). A Pessoa Idosa e a Busca do Sentido. Um olhar de Esperança. *Revista da Abordagem Gestáltica*, XXVII-01: 104-113. <http://dx.doi.org/10.18065/2021v27n1.10>
- Zimmer, Z., Jagger, C., Chiu, CT., Ofstedal, MB., Rojo, F. & Saito, Y. (2016). Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM –Population Health*, 2:373–381. doi: 10.1016/j.ssmph.2016.04.009.
- Zumstein-Shaha, M. (2021). Nurses` attitude toward spiritual care – a scoping review. *Spiritual Care*, 10(1): 20-31. <https://doi.org/10.1515/spircare-2020-0008>



## **ANEXOS**



**ANEXO I -  
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS  
1ª ETAPA DO ESTUDO**



Nº -----

Caro(a) Sr(a)

A sua participação é muito importante.

Apresentam-se diferentes questões em relação aos quais lhe pedimos que responda com a máxima sinceridade. **Não existem respostas certas ou erradas**, o que importa conhecer é o que sente ou pensa. Solicitamos-lhe que responda a todas as questões de acordo com as instruções de preenchimento que vão surgindo ao longo do questionário. Todas respostas são **confidenciais** pelo nunca se deve identificar.

Agradecemos desde já a sua colaboração!

Fátima Cunha

E-mail: [fatima.cunha@essaude.ipsantarem.pt](mailto:fatima.cunha@essaude.ipsantarem.pt)

Telem.: 961906464

---

## Exercise of Self-Care Agency Scale – Versão Portuguesa

Revised Edition 1986 (Kearney & Fleischer, 1979; Riesch & Hauck, 1986)

Tradução e adaptação de Cunha & Vieira, 2019

---

As pessoas expressam os seus sentimentos e ações que tomam para promover, manter, proteger e cuidar da sua saúde em geral. A lista que se segue contém afirmações que descrevem alguns aspetos de autocuidado.

Leia cada uma das afirmações e, em seguida, escolha uma das cinco respostas possíveis, selecionando a que melhor o/a caracteriza



Por favor, assinale com um círculo a sua resposta

- |      |   |                       |                       |                       |                       |                       |
|------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Q-1. | Renunciaria de bom grado a alguns dos meus hábitos para melhorar a minha saúde.                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|      |   | CT                    | C                     | NC/N                  | D                     | DT                    |
| Q-2. | Gosto de mim.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|      |   | CT                    | C                     | NC/N                  | D                     | DT                    |
| Q-3. | Costumo sentir falta de energia para cuidar das minhas necessidades de saúde da forma como gostaria | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|      |   | CT                    | C                     | NC/N                  | D                     | DT                    |
| Q-4. | Sei como obter a informação que preciso quando me sinto com menos saúde.                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|      |   | CT                    | C                     | NC/N                  | D                     | DT                    |
| Q-5. | Sinto orgulho em fazer aquilo que é necessário para permanecer saudável.                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|      |   | CT                    | C                     | NC/N                  | D                     | DT                    |
| Q-6. | Tenho tendência a negligenciar as minhas necessidades pessoais                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|      |   | CT                    | C                     | NC/N                  | D                     | DT                    |
| Q-7. | Conheço os meus pontos fortes e fracos.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|      |   | CT                    | C                     | NC/N                  | D                     | DT                    |
| Q-8. | Costumo adiar fazer as coisas que sei que me beneficiariam.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|      |   | CT                    | C                     | NC/N                  | D                     | DT                    |

Q-9.	Tomo as minhas próprias decisões.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-10.	Realizo determinadas atividades para não adoecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-11.	Procuo melhorar-me a mim própria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-12.	Faço uma alimentação equilibrada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-13.	Queixo-me muito das coisas que me incomodam, mas não faço tudo o que posso para as resolver.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-14.	Procuo melhores formas de cuidar da minha saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-15.	Espero alcançar o meu ponto máximo de bem-estar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-16.	Mereço todo o tempo e cuidado necessário para me manter saudável.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-17.	Dou seguimento às minhas decisões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-18.	Não tenho interesse em aprender sobre o meu corpo e o seu funcionamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-19.	Se não for bom(boa) para mim, acredito que não o posso ser para mais ninguém	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-20.	Conheço o meu corpo e o seu funcionamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-21.	Raramente cumpro as decisões que tomo relativamente à minha saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-22.	Sou um(a) bom(boa) amigo(a) de mim próprio(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-23.	Cuido bem de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT

- Q-24. A promoção da saúde é uma coisa que me acontece por acaso.  CT  C  NC/N  D  DT
- Q-25. Tenho planeado um programa de descanso e exercício.  CT  C  NC/N  D  DT
- Q-26. Estou interessado(a) em aprender sobre os vários processos de doença e como estes me afetam.  CT  C  NC/N  D  DT
- Q-27. A vida é uma alegria.  CT  C  NC/N  D  DT
- Q-28. Sou responsável pelas minhas ações.  CT  C  NC/N  D  DT
- Q-29. Tenho pouco a contribuir para os outros.  CT  C  NC/N  D  DT
- Q-30. Sei que alimentos devo comer para me manter saudável.  CT  C  NC/N  D  DT
- Q-31. Estou interessado(a) em aprender o máximo possível sobre o meu corpo e o seu funcionamento.  CT  C  NC/N  D  DT
- Q-32. Procuo informação para cuidar de mim.  CT  C  NC/N  D  DT
- Q-33. Sinto que sou um membro valioso da minha família.  CT  C  NC/N  D  DT
- Q-34. Sei quando fiz o meu último exame de saúde e vou fazer o próximo no prazo previsto.  CT  C  NC/N  D  DT
- Q-35. Conheço-me bem, assim como as minhas necessidades.  CT  C  NC/N  D  DT

---

## Caracterização sociodemográfica e de saúde

---

Às perguntas que se seguem, por favor assinale com uma **crux (X)** no quadrado que que melhor o descrevem ou complete o espaço em branco.

### Idade?

\_\_\_\_\_ anos.

### Género?

Masculino.

Feminino.

### Com quem vive?

Só.

Com Companheiro (a).

Com filho/a (os).

Outro (especifique p. f.)

\_\_\_\_\_

### Qual o seu nível de escolaridade?

Nunca frequentou a escola.

Frequentou o ensino primário.

Concluiu a 4ª Classe.

Frequentou o Ensino Secundário  
(Liceal ou Técnico).

Concluiu o Ensino Secundário  
(Liceal ou Técnico).

Outro (especifique p. f.)

\_\_\_\_\_

### Como descreve a sua saúde?

Saudável, capaz de realizar atividades habituais de cuidar de mim

Sinto-me com capacidade para realizar atividades habituais de cuidar de mim, apesar da doença

Incapaz de realizar atividades habituais de cuidar de mim, necessito da ajuda de outra(s) pessoa(s)



**ANEXO II -  
PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE  
DA ARSLVT**



Exma. Senhora

Dr.ª Fátima Cunha

Fatima.cunha@essaude.ipsantarem.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		9849/CES/2018	18.10.2018

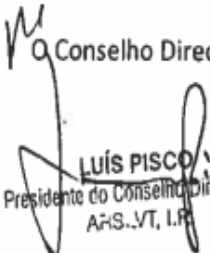
**Assunto: Bem estar espiritual da Pessoa Idosa : Contributos na Capacidade de Autocuidado.**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na sua reunião da secção de investigação do dia 12.10.2018 o projecto em epígrafe e emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a concretização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo  
  
LUÍS PISCO  
Presidente do Conselho Directivo da  
ARS..VT, I.P.



**ANEXO II -  
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS  
2ª ETAPA DO ESTUDO**



Caro(a) Sr(a)

A sua participação é muito importante.

Apresentam-se diferentes questões em relação aos quais lhe pedimos que responda com a máxima sinceridade. **Não existem respostas certas ou erradas**, o que importa conhecer é o que sente ou pensa. Solicitamos-lhe que responda a todas as questões de acordo com as instruções de preenchimento que vão surgindo ao longo do questionário. Todas respostas são **confidenciais** pelo nunca se deve identificar.

Agradecemos desde já a sua colaboração!

Fátima Cunha

E-mail: [fatima.cunha@essaude.ipsantarem.pt](mailto:fatima.cunha@essaude.ipsantarem.pt)

Telem.: 961906464

---

### Escala de Avaliação Espiritual

(O'Brian, 1998, Tradução. e adaptação de Rego, 2008)

---

**Instruções:** Por favor assinale a resposta que melhor identifica a sua crença pessoal relativamente a cada afirmação.

**CT** – Concorda totalmente

**C** – Concorda

**I** – Indeciso

**D** – Discorda

**DT** – Discorda totalmente

#### A . Fé Pessoal:

- Há um ser supremo, ou um Deus, que criou a humanidade e que cuida de todas as criaturas

**CT** \_\_\_\_\_ **C** \_\_\_\_\_ **I** \_\_\_\_\_ **D** \_\_\_\_\_ **DT**

2. Eu estou em paz com Deus.  
**CT** \_\_\_\_\_ **C** \_\_\_\_\_ **I** \_\_\_\_\_ **D** \_\_\_\_\_ **DT**
3. Confio que Deus olha por mim.  
**CT** \_\_\_\_\_ **C** \_\_\_\_\_ **I** \_\_\_\_\_ **D** \_\_\_\_\_ **DT**
4. Recebo força e conforto das minhas crenças espirituais.  
**CT** \_\_\_\_\_ **C** \_\_\_\_\_ **I** \_\_\_\_\_ **D** \_\_\_\_\_ **DT**
5. Acredito que Deus se interessa por todas as actividades da minha vida.  
**CT** \_\_\_\_\_ **C** \_\_\_\_\_ **I** \_\_\_\_\_ **D** \_\_\_\_\_ **DT**
6. Creio que Deus cuidará do futuro.  
**CT** \_\_\_\_\_ **C** \_\_\_\_\_ **I** \_\_\_\_\_ **D** \_\_\_\_\_ **DT**
7. As minhas crenças espirituais apoiam uma imagem positiva de mim próprio e dos outros, como filhos de Deus.  
**CT** \_\_\_\_\_ **C** \_\_\_\_\_ **I** \_\_\_\_\_ **D** \_\_\_\_\_ **DT**

**B . Prática Religiosa:**

8. Pertencer a uma igreja ou grupo de fé é uma parte importante da minha vida.  
**CT** \_\_\_\_\_ **C** \_\_\_\_\_ **I** \_\_\_\_\_ **D** \_\_\_\_\_ **DT**
9. Sou fortalecido por participar nos serviços religiosos.  
**CT** \_\_\_\_\_ **C** \_\_\_\_\_ **I** \_\_\_\_\_ **D** \_\_\_\_\_ **DT**
10. Encontro mais satisfação em actividades motivadas pela religião do que em serviços religiosos, por exemplo trabalho voluntário ou ajudar os outros.  
**CT** \_\_\_\_\_ **C** \_\_\_\_\_ **I** \_\_\_\_\_ **D** \_\_\_\_\_ **DT**
11. Sou apoiado pela relação com amigos ou familiares que partilham as minhas crenças religiosas.  
**CT** \_\_\_\_\_ **C** \_\_\_\_\_ **I** \_\_\_\_\_ **D** \_\_\_\_\_ **DT**

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

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT

13. A minha relação com Deus é fortalecida pela oração pessoal

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT

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

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT

### C . Paz Espiritual

15. Experimento dor associada com as minhas crenças pessoais

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT

16. Sinto-me longe de Deus.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT

17. Tenho medo que Deus possa não tomar conta das minhas necessidades.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT

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

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT

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

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT

20. Sinto que perdi o amor de Deus.

CT \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT

21. Acredito que não há esperança de obter o amor de Deus.

C \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_ DT

---

## Exercise of Self-Care Agency Scale – Versão Portuguesa

Revised Edition 1986 (Kearney & Fleischer, 1979; Riesch & Hauck, 1986)

Tradução e adaptação de Cunha & Vieira, 2019

---

As pessoas expressam os seus sentimentos e ações que tomam para promover, manter, proteger e cuidar da sua saúde em geral. A lista que se segue contém afirmações que descrevem alguns aspetos de autocuidado.

Leia cada uma das afirmações e, em seguida, escolha uma das cinco respostas possíveis, seleccionando a que melhor o/a caracteriza



Por favor, assinale com um círculo a sua resposta

- Q-1. Gosto de mim.  CT  C  NC/N  D  DT
- Q-2. Costumo sentir falta de energia para cuidar das minhas necessidades de saúde da forma como gostaria  CT  C  NC/N  D  DT
- Q-3. Sinto orgulho em fazer aquilo que é necessário para permanecer saudável.  CT  C  NC/N  D  DT
- Q-4. Tenho tendência a negligenciar as minhas necessidades pessoais  CT  C  NC/N  D  DT
- Q-5. Conheço os meus pontos fortes e fracos.  CT  C  NC/N  D  DT
- Q-6. Costumo adiar fazer as coisas que sei que me beneficiariam.  CT  C  NC/N  D  DT
- Q-7. Tomo as minhas próprias decisões.  CT  C  NC/N  D  DT

Q-8.	Realizo determinadas atividades para não adoecer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-9.	Procuo melhorar-me a mim própria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-10.	Faço uma alimentação equilibrada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-1.1	Queixo-me muito das coisas que me incomodam, mas não faço tudo o que posso para as resolver.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-12.	Procuo melhores formas de cuidar da minha saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-13.	Mereço todo o tempo e cuidado necessário para me manter saudável.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-14.	Dou seguimento às minhas decisões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-15.	Não tenho interesse em aprender sobre o meu corpo e o seu funcionamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-16.	Conheço o meu corpo e o seu funcionamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-17.	Raramente cumpro as decisões que tomo relativamente à minha saúde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-18.	Sou um(a) bom(boa) amigo(a) de mim próprio(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-19.	Cuido bem de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-20.	A promoção da saúde é uma coisa que me acontece por acaso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-21.	Estou interessado(a) em aprender sobre os vários processos de doença e como estes me afetam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT
Q-22.	A vida é uma alegria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		CT	C	NC/N	D	DT

- Q-23. Sou responsável pelas minhas ações.
- Q-24. Tenho pouco a contribuir para os outros.
- Q-25. Estou interessado(a) em aprender o máximo possível sobre o meu corpo e o seu funcionamento.
- Q-26. Procuo informação para cuidar de mim.
- Q-27. Sinto que sou um membro valioso da minha família.
- Q-28. Sei quando fiz o meu último exame de saúde e vou fazer o próximo no prazo previsto.
- Q-29. Conheço-me bem, assim como as minhas necessidades.

●————●————●————●————●  
**CT**      **C**      **NC/N**      **D**      **DT**

●————●————●————●————●  
**CT**      **C**      **NC/N**      **D**      **DT**

●————●————●————●————●  
**CT**      **C**      **NC/N**      **D**      **DT**

●————●————●————●————●  
**CT**      **C**      **NC/N**      **D**      **DT**

●————●————●————●————●  
**CT**      **C**      **NC/N**      **D**      **DT**

●————●————●————●————●  
**CT**      **C**      **NC/N**      **D**      **DT**

●————●————●————●————●  
**CT**      **C**      **NC/N**      **D**      **DT**

---

## Caracterização sociodemográfica e de saúde

---

Às perguntas que se seguem, por favor assinale com uma **crux (X)** no quadrado que melhor o descrevem ou complete o espaço em branco.

### Idade?

\_\_\_\_\_ anos.

### Género?

Masculino.

Feminino.

### Com quem vive?

Só.

Com Companheiro (a).

Com filho/a (os).

Outro (especifique p. f.).

\_\_\_\_\_

### Qual o seu nível de escolaridade?

Nunca frequentou a escola.

Frequentou o ensino primário.

Concluiu a 4ª Classe.

Frequentou o Ensino Secundário  
(Liceal ou Técnico).

Concluiu o Ensino Secundário  
(Liceal ou Técnico).

Outro (especifique p. f.).

\_\_\_\_\_

### Como descreve a sua saúde?

Saudável, capaz de realizar atividades habituais de cuidar de mim

Sinto-me com capacidade para realizar atividades habituais de cuidar de mim, apesar da doença

Incapaz de realizar atividades habituais de cuidar de mim, necessito da ajuda de outra(s) pessoa(s)

**Por favor, confira se respondeu a todas as questões**

**Muito obrigado pela sua colaboração**