



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DA MAIA

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento

Sofia Isabel Gonçalves Coelho

**ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE E QUALIDADE
DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE**

Orientação do Professor Doutor José Pereira Conceição Martins

Julho, 2015



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DA MAIA

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento

Sofia Isabel Gonçalves Coelho

N.º 26003

**ESPIRITUALIDADE/RELIGIOSIDADE E QUALIDADE
DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE**

Orientação do Professor Doutor José Pereira Conceição Martins

Julho, 2015

“Cada um tem a idade do seu coração, da sua experiência, da sua fé.”

George Sand

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação de mestrado contou com importantes apoios e incentivos sem os quais não se teria tornado uma realidade e aos quais estarei eternamente grata.

Em primeiro lugar um grande bem-haja e muito obrigada ao Professor Doutor José Martins, pela sua orientação, disponibilidade e valiosa partilha de conhecimentos, apoio, incentivo que foram fulcrais, para a elaboração deste trabalho.

Um especial agradecimento a Dr.^a Conceição e aos utentes do Centro Geriátrico “Quintinha da Conceição” bem como a Dr.^a Tânia Torrão Diretora Técnica do Centro Social e Paroquial de Santa Eulália pela disponibilidade, receção aceitação e recolha de dados.

Expresso também a minha gratidão, aos utentes que aceitaram participar neste estudo, sem a qual não seria possível realizá-lo, um grande bem-haja a todos pela disponibilidade prestada.

Não posso deixar de agradecer ao Sr. Francisco Machado (Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Vimioso e à Dr.^a Cristina Quina (Diretora Técnica da Unidade de Cuidados Continuados de Vimioso), pela disponibilidade de horário, compreensão para que este mestrado se tornasse possível.

Aos meus pais e ao meu irmão, pelo apoio e motivação, a eles o meu profundo e sincero obrigado.

Jamais podia esquecer o apoio das colegas e amigas Patrícia, Cristina, António Chincalece e Joaquina pela amizade, companheirismo e partilha de conhecimentos.

Por fim, um muito obrigado aos meus amigos, Patrícia Antão, António João, Márcia Guedes, Amélia Smith e Margarida Sá pelo carinho, apoio, incentivo desde sempre, o bem-haja a todos.

A todos um bem-haja e muito obrigada!

RESUMO

Nos finais da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) gerou o conceito de envelhecimento ativo para criar uma abordagem mais abrangente do processo de envelhecimento do que o termo envelhecimento saudável (Ferreira, 2009; WHO,2002). Com o incremento da população idosa na globalidade dos países do mundo, houve necessidade de delinear algumas estratégias de forma a originar um envelhecimento saudável e com qualidade de vida. Para tal seria imprescindível modificar as atitudes dos idosos e criar condições que os levassem a integrarem-se na sociedade, através de um estilo de vida ativo e saudável (Carvalho & Carvalho,2008).

É notório que com o avançar da idade, diminui a capacidade funcional de vários aparelhos locomotor e dos diferentes sistemas, assim sendo a atividade física é fulcral, no sentido de atenuar o aparecimento e desenvolvimento de problemas aliados à ancianidade, colaborando para que deste modo o idoso tenha uma melhor qualidade de vida (Martins et al, 2008)

Os estilos de vida escolhidos singularmente, bem como os contextos individuais e os fatores sociodemográficos surgem como os agentes que melhor elucidam as diferenças inter-individuais da qualidade de vida na população idosa. Também a espiritualidade tem sido mencionada como uma dimensão significativa da qualidade de vida, sendo esta uma conceção recente, que abrange e excede o conceito de saúde, sendo constituído de vários domínios ou dimensões.

Partindo desta contextualização e dos pressupostos atrás explicitados, esta investigação procura analisar a espiritualidade e a qualidade de vida nos idosos institucionalizados. A partir de uma amostra de 35 indivíduos institucionalizados em lares ou centros paroquiais, a quem foram aplicados três questionários: Questionário Sociodemográfico, Questionário de Avaliação do Sobrenatural (QAS) e o Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL), tentamos através de um estudo quantitativo relacionar a espiritualidade/religiosidade com a qualidade de vida em idosos institucionalizados. Os resultados apurados vão globalmente no sentido de confirmar a importância da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Palavras-Chave:Religiosidade/Espiritualidade;Envelhecimento;Qualidade de Vida; Autonomia; Institucionalização.

ABSTRACT

In the late 90s, the World Health Organization (WHO) created the concept of active aging to create a more comprehensive approach to the aging process than the term healthy aging (Ferreira, 2009; WHO, 2002).

With increase of the elderly population in the whole world countries, there was need to develop some strategies to lead healthy aging to improve the quality of life of the elders, so it is essential to change the attitudes of older people and create conditions that take to integrate into society, promoting an active and healthy lifestyle (Carvalho & Carvalho, 2008).

It is clear that with advancing age decreases the functional capacity of various locomotor apparatus and of the different systems, so the physical activity is crucial in order to mitigate the appearance and development of allied problems to old age, collaborating so that this way the elderly have a better quality of life (Martins et al, 2008).

Lifestyles chosen individually, as well as individual contexts and sociodemographic factors emerge as the agents that best elucidate the inter-individual differences in the quality of life in the elderly. Also spirituality has been mentioned as a significant dimension of quality of life, which is a recent design that covers and exceeds the concept of health, consisting of multiple domains or dimensions.

From the context and explicit assumptions ago, this research focuses on analyzing the spirituality and the quality of life in the elderly. From a sample of 35 individuals institutionalized in nursing homes or Parish centers, which were applied three questionnaires; Sociodemographic questionnaire, Supernatural Assessment Questionnaire (SAQ) and the Quality of Life Assessment Questionnaire (WHOQL), try to relate spirituality to quality of life. The results obtained will globally in order to confirm the importance of religion to the quality of life of institutionalized elderly.

Keywords: Spirituality; Quality of Living; institutionalized elderly; Meaning of Life.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CRE – Coping Religioso/Espiritual;

DC – Doença Crónica;

FACIT-Sp – The Functional Assesments of Chronic illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

QLI – Quality of Life Index;

QV – Qualidade de Vida;

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde;

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana.

Índice

AGRADECIMENTOS.....	ii
RESUMO	iii
ABSTRACT	iv
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	v
Índice	vi
Índices de Quadros	viii
Índices de Tabelas	ix
Introdução.....	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico	2
1. Espiritualidade / Religiosidade	2
1.1. Conceitos.....	2
1.2. Espiritualidade e Institucionalização	3
1.3. Espiritualidade enquanto recurso de Coping	6
2. Qualidade de Vida	8
2.1. Contextualização	8
2.2. Qualidade de vida	9
2.3. Qualidade de Vida e Institucionalização	12
3. Envelhecimento.....	14
3.1. Transformações provocadas pelo envelhecimento	15
3.1.1. Transformações físicas:.....	15
3.1.2. Transformações Psicológicas	16
3.1.3. Transformações Sociais.....	17
3.2. Envelhecimento e Autonomia	18
3.3. Envelhecimento e Institucionalização	20
3.3.1. Lares e residências de idosos	21
3.4. Envelhecimento e Morte	22
3.4.1. O Tabú da morte	22
3.4.2. A interpretação da morte	23
Capítulo II – Metodologia.....	25
1. Contextualização	25
2. Desenho e Método de Investigação	25
3. Objetivos	25
4. Variáveis em Estudo.....	26
5. Problemas, Questões e Hipóteses de Investigação	26
6. Instrumentos:.....	27
6.1. Questionário Sociodemográfico	27
6.2. Questionário de Avaliação do Sobrenatural (QAS).....	28
6.3. Questionário da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF).....	29
7. Amostra	30
8. Procedimentos:.....	30
Capítulo III – Resultados.....	32

1. Resultados Descritivos	32
2. Resultados Inferenciais	38
Capítulo IV.....	43
1. Discussão de Resultados	43
2. Comparação com outros Estudos	45
Capítulo V	46
1. Conclusões	46
Bibliografia.....	48
Anexos	58
Anexo 1 – Consentimento Informado	59
Anexo 2 – Questionário Sociodemográfico.....	60
Anexo 3 – Questionário WHOQOL-BREF	62

Índices de Quadros

Quadro 1 - Resultados Relativos à Precisão - Alphas de Cronbach para os sete domínios.....29

Quadro 2 - Resultados Relativos à Precisão - Alphas de Cronbach para os sete domínios.....30

Índices de Tabelas

Tabela 1 - Caraterização Sócio Demográfica	33
Tabela 2 - Caraterização do ponto de vista Institucional	34
Tabela 3 - Caraterização da posição face ao sobrenatural.....	35
Tabela 4 - Caraterização da amostra do ponto de vista dos fatores	36
Tabela 5 - Caraterização da amostra do ponto de vista de qualidade de vida (Questionário de Qualidade de Vida - WHOQOL-Bref)	36
Tabela 6 - Correlação (Spearman) entre Espiritualidade /Religiosidade e Dimensões da Qualidade de vida	39
Tabela 7 - Correlação (Spearman) entre Espiritualidade/Religiosidade e Dimensões da Qualidade de vida. Variável controlada: Sexo	40
Tabela 8 - Correlação (Spearman) entre Espiritualidade /Religiosidade e Dimensões da Qualidade de vida. Variável controlada: Idade.....	41
Tabela 9 - Correlação (Spearman) entre Espiritualidade/Religiosidade e Dimensões da Qualidade de vida. Variável controlada: Escolarização.....	41

Introdução

A Organização Mundial de Saúde calcula que, em 2020, o número de idosos alcance os mil milhões em todo o mundo, o dobro dos que existem hoje. Isto torna-se preocupante visto que na sociedade atual a população sénior tem sido vista como “algo” desconfortável, porque nada produz, e como tal, posta de lado, num local onde não aborreça.

O alargamento da esperança média de vida, correlaciona-se com o declive da mortalidade entre os jovens e os adultos de meia-idade, colaborando para o envelhecimento da população mundial, pondo vários desafios às sociedades, e aos sujeitos enquanto seres únicos e singulares.

Segundo Figueiredo (2007) este é um fenómeno multidimensional no qual as dimensões biológicas, psicológica e socioculturais interagem entre si e afetam-se mutuamente.

A ancianidade para Mailloux-Poirier, (1995,cit in Figueiredo (2007) é um fenómeno árduo de definir, que se vem esclarecendo graças ao progresso biológico do ser humano, acompanhado pelos processos psicológicos e sociais que determinam o ser humano.

Nesse sentido no capítulo 1 abordamos as temáticas: espiritualidade/religiosidade, envelhecimento, qualidade de vida, autonomia, institucionalização. Procuramos colher informações em fontes bibliográficas relacionadas com a presente temática, que nos permitiram apurar conceitos, refletir sobre a recolha de dados e colher sugestões para o levantamento de hipóteses.

No capítulo2, apresentamos os vários passos da metodologia utilizada no trabalho empírico: objetivos, amostra, problemas, variáveis, hipóteses, instrumentos de estudo, procedimento e tratamento de dados.

No capítulo 3 apresentamos resultados descritivos e inferenciais.

No capítulo 4 elaboramos uma discussão dos resultados, comparando os resultados obtidos com resultados obtidos noutros estudos.

Finalmente no capítulo 5 apresentamos as conclusões e formulamos algumas perspectivas de continuidade para esta investigação.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1. Espiritualidade / Religiosidade

1.1. Conceitos

A espiritualidade poderia ser definida como uma propensão humana em busca de significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal (Saad et al, 2001; Volcan, 2003). A associação entre fatores relativos à religiosidade/espiritualidade e a saúde possui raízes histórico-culturais bastante antigas, presentes em mitos gregos, em rituais indígenas e nas inscrições bíblicas, que influenciaram e têm vindo a influenciar a cultura ocidental (Botelho, 1991, cit. in Williams & Stemthal, 2007).

Na definição dos conceitos de espiritualidade e religião, existe alguma falta de consenso entre os autores. Contudo, optaremos por considera-los construtos distintos. Assim a espiritualidade, do latim *spiritus*, significa respiração ou vida, termo frequentemente citado em diferentes culturas, como são o caso do antigo testamento hebraico (*ruah*) e do novo testamento grego (*pneuma*) (Hill et al, 2000). Por outro lado, a religião, do latim *religio*, significa uma ligação entre a humanidade e uma entidade superior. Podendo ser identificadas pelo menos três designações históricas para este termo: um poder sobrenatural para com o qual o indivíduo está motivado e comprometido; um sentimento presente no indivíduo que concebe tal poder superior; e os rituais carregados de respeito por esse poder (Wulff, 1997 cit. in Hill et al, 2000).

Apesar de a espiritualidade ser referida inúmeras vezes na história da religião, nem todas as concepções correntes mantêm esta ligação. Spilka (1993, cit. in Hill et al, 2000) diz-nos que a compreensão contemporânea da espiritualidade depreende uma de três categorias:

Uma espiritualidade orientada por Deus onde os pensamentos e práticas são, em geral, permitidos pela teologia;

Uma espiritualidade orientada para o mundo realçando uma relação com a ecologia ou a natureza;

Uma espiritualidade humanista ou, orientada para as pessoas, que realça as aquisições e o potencial humano.

Segundo Williams & Stemthal, 2007 a religiosidade constitui a adesão de crenças e práticas, que podem incluir a espiritualidade, relativas a uma determinada igreja ou instituição religiosa organizada. Enquanto a espiritualidade pode ser vista como uma relação estabelecida por uma pessoa com um ser ou uma força superior, na qual acredita sem ter necessariamente uma ligação a uma instituição organizada específica. Siegal, Anderson e Schrimshaw (2001, cit. in, Faria & Seidl, 2005, pp. 381), têm a seguinte perspectiva “a conceituação de religiosidade inclui aspetos individuais e institucionais, enquanto espiritualidade é um fenómeno apenas individual, identificado com aspetos como a transcendência pessoal, sensibilidade “extra-consciente” e fonte de sentidos para eventos da vida”.

No DSM-IV (American Psychiatry Association, 2000), podemos encontrar uma categoria diagnosticada e intitulada como Problemas Religiosos ou Espirituais, no sentido de diferenciar entre perturbação mental e expressões de religiosidade (Faria & Seidl, 2005), reconhecendo que os temas religiosos e espirituais podem ser o foco da consulta e do tratamento psiquiátrico / psicológico (Luckoff et al, 1995, cit. in Peres, Simão & Nasello, 2007). É importante referir que a religião é fundamental como promotora de suporte emocional, instrumental e informativo (Faria & Seidl, 2005).

1.2. Espiritualidade e Institucionalização

A espiritualidade e a sua relação com a saúde têm vindo a ganhar ênfase na prática médica diária. A doença permanece como entidade de impacto amplo sobre aspetos de abordagem desde a fisiopatologia básica até à sua complexa relação social, psíquica e económica, e é fundamental reconhecer que esses diversos aspetos estão correlacionados em múltipla interação (Ferreira, 2009).

A espiritualidade, a despeito de o seu frequente imbricar com a religião, historicamente tem sido ponto de satisfação e confronto para momentos diversos da vida, bem como motivo de discórdia, fanatismo e violentos confrontos. Teremos que dizer que espiritualidade e religiosidade, apesar de estarem relacionadas, não são claramente descritas como sinónimos. A espiritualidade está orientada para questões sobre o significado da vida, como a crença em aspetos espiritualistas para justificar a sua

existência e significados (Saad et al, 2001; Powell et al, 2003). A religiosidade envolve sistematização de culto e doutrina compartilhados por um grupo.

Assim, a utilização de aspetos distintos da espiritualidade e da religiosidade, tem sido um suporte para a terapêutica e para a determinação de desfechos positivos em diversas doenças. Considerando as limitações éticas e de método demonstra-se o quão difícil é medir e quantificar o impacto de experiências religiosas e espirituais pelos métodos científicos tradicionais.

O indivíduo está inserido num contexto social e cultural específico que influencia na construção de si e do meio que o rodeia. Assim, a sua base explicativa dos acontecimentos, internos e externos, está dependente da sua base sociocultural. São vários os autores que salientam a forte influência que a semiologia popular e as concepções culturais de causalidade exercem sobre os comportamentos que cada indivíduo adota face à saúde e à doença. (Nyamwaya, 1987; Green, 1992; Hielscher & Sommerfield, 1985; Corin et al., 1992 cit. in Uchôa & Vidal, 1994).

Segundo Faria e Seidl (2005), para diversas funções da religião e da espiritualidade existe um suporte empírico, tais como, alívio, conforto e consolo, busca de significado para problemas relevantes da existência, busca de compreensão de si mesmo e busca pelo sagrado, podendo ainda contribuir para um aumento de uma benéfica rede de suporte social (Faria & Seidl, 2005; Maton & Wells, 1995 cit. in Hill et al, 2000). Ainda assim, as relações sociais também podem ser uma fonte de *stress* (Chatters, 2000, cit. in Williams & Sternthal, 2007), se se caracterizam pelo julgamento, alienação ou exclusão. A entidade de Deus é muitas vezes atribuída exclusivamente por vários indivíduos, como sendo a causa do aparecimento e resolução de problemas de saúde, recorrendo-lhe como recurso cognitivo, emocional ou comportamental (Pargament, 1990 cit. in Faria & Seidl, 2005). Assim, a religiosidade/espiritualidade adoptam diferentes funções, dependendo da atribuição de locus de responsabilidade e do nível de participação da pessoa na resolução do seu problema (Williams & Sternthal, 2007; Pargament e cols, 1988, cit. in Faria & Seidl, 2005).

De acordo com, Abdala e Rodrigues (2009), ao longo do século XX, mais de 850 artigos foram publicados referindo, a sua maioria, uma associação positiva entre maiores níveis de envolvimento religioso e um aumento do bem-estar físico e psicológico, promovendo ainda estilos de vida mais saudáveis e um aumento de

qualidade de vida (Koenig, McCollough & Larson, 2001; Moreira, Lotufo, Neto & Koenig, 2006 cit. in Williams & Sternthal, 2007; Vasconcelos, 2006, cit. in Abdala & Rodrigues, 2009; Townsed, Kladder, Ayele & Mulligan, 2002, cit. in Feliciano, 2008). Fazendo uma revisão bibliográfica, é notória uma relação entre espiritualidade, o nível de envolvimento religioso e a saúde, numa melhoria do bem-estar psicológico (Abdala & Rodrigues, 2009; Moreira-Almeida, Neto e Koenig, 2006 cit. in Williams & Sternthal, 2007; Hill et al, 2000), assim como uma diminuição de depressão e ansiedade (Abdala & Rodrigues, 2009; Mueller, Plevak & Rummans, 2001, cit. in Feliciano 2008, s.d.; Razali et al, 1995, cit. in Williams & Sternthal, 2007). Parece haver evidências de que existe relação entre as práticas espirituais e religiosas, como o rezar, na melhoria da saúde em doentes com doença coronária, pressão arterial e na melhoria da funcionalidade do sistema imunitário (Townsend, Kladder, Ayele e Mulligan, 2002 cit. in Feliciano, 2008 s.d.). Em relação a esta última, os resultados são contudo mais ambivalentes, principalmente nos doentes com cancro. Resultados mais estáveis parecem ser os relativos aos doentes com VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana), onde a espiritualidade/religiosidade parece estar positivamente associada a sentimentos de melhoria de vida (Szaflarski et al, 2005).

No entanto, pode ser difícil perceber quando a religiosidade constitui uma ajuda ou, por outro lado um obstáculo, ao alcance de resultados adaptativos no processo terapêutico. Assim sendo, é necessário examinar as implicações para a saúde de cada indivíduo, segundo a identificação de padrões: positivos de confronto religioso, associados a um locus de controlo interno e que se pode caracterizar pela procura de apoio espiritual, perdão religioso e ligação espiritual; ou a existência de padrões negativos de confronto religioso, associados, por sua vez, a um locus de controlo externo e caracterizado por descontentamento religioso, conflitos interpessoais com outros elementos do grupo religioso, ou a atribuição da causa do problema a um castigo de Deus ou do demónio.

São vários os estudos que se têm focado na relação entre QV (Qualidade de vida) e espiritualidade/religiosidade. Ferris (2002), estudou a relação entre religião e QV por meio de indicadores objetivos e subjetivos de QV. A variável que encontrou foi a felicidade associada à frequência/presença em serviços religiosos, a preferências doutrinárias e a preferências proselitistas, bem como a certas crenças relacionadas à religião, como a crença de que o mundo é bom ou mau, mas não à crença na imortalidade. As conclusões deste autor foram:

Organizações religiosas contribuem para a integração da comunidade, consequentemente aumentando a QV;

Como a frequência/presença em serviços religiosos esteve imperfeitamente associada com QV, outros fatores deveriam estar atenuados;

A concepção americana de “vida boa” baseia-se fortemente em ideias judaico-cristãos;

Os princípios da religião podem atrair pessoas com disposição para a felicidade;

A religião pode explicar um propósito na vida que promova bem-estar.

Segundo Ferris (2002), podemos dizer que a religiosidade e a espiritualidade, podem aumentar a QV do ancião institucionalizado. O termo “qualidade de vida” surgiu na segunda metade do século XX, associado a problemas de poluição do meio ambiente. Na década de 60, o conceito aparece ligado a oito indicadores sociais, como a existência de saneamento ou a acessibilidade aos cuidados de saúde, evoluindo nas décadas seguintes para a conceptualização de bem-estar objetivo e social. (Fernández-Mayoralas et al., 2007).

1.3. Espiritualidade enquanto recurso de *Coping*

No que diz respeito aos estilos ou estratégias de *coping*, Sivesind & Rohaly-Davis (1998, p. 4) definem coping como “the patient’s ability to adapt functionally to either the immediate distress of diagnosis and treatment or to longer-term adjustments of life changes”, ou seja, a forma através da qual os pacientes se confrontam ou lidam com as situações consideradas stressantes. Em idosos institucionalizados o *stress* aparece relacionado com as mudanças com que os idosos são confrontados e às quais têm de se ambientar como perda de autonomia, perda do conjugue, perda de apoio de familiares e a inserção numa nova instituição onde terão de se adaptar. (Endler, 1997).

Lazarus (1993, cit. in Petersson, 2003) por sua vez classifica as estratégias de *coping* em dois grandes grupos: focadas nas emoções/sentimentos e focadas no problema. As estratégias focadas nas emoções estão diretamente orientadas para a alteração das reações do problema (por exemplo, pensamento positivo, aceitação, negação, etc.). Em relação às segundas, procura-se de forma ativa e direta eliminar ou diminuir o problema, por exemplo, através de procura de informação, fixação de objetivos, entre outras. Estas

duas estratégias não são definidas usualmente como melhor ou pior que a outra, no entanto, as primeiras seriam mais adequadas quando as situações são incontrolláveis, enquanto as segundas podem ser mais eficazes quando as circunstâncias são controláveis (Folkman, 1984 cit. in Petersson, 2003).

Este mesmo autor (Lazarus 1993, cit. in Petersson, 2003) recomenda que a forma como se lida com a situação ou elementos stressantes é medida pela avaliação que o indivíduo faz desse mesmo elemento, não existindo assim, uma relação direta entre estilos de *coping* e *stress* (Sweet, Savoide & Lemyre, 1999). Assim, esta situação pode ser avaliada pelo indivíduo como excedendo os seus recursos ou pondo em risco o seu bem-estar, levando-a a ativar estratégias de *coping* específicas (Zabalegui, 1999).

Segundo Miller & Mangan (1983, cit. in Petersson, 2003) é necessário se adequar ou ajustar a informação que se fornece, ao estilo de *coping* do paciente.

Resumindo:

Podemos dizer que religião, religiosidade e espiritualidade são conceitos que muitas vezes são utilizados como sinónimos, mas que na realidade não o são.

A espiritualidade está mais ligada ao sentido de vida ao transcendente e ao indivíduo. É um conceito mais subjetivo. A religiosidade aparece mais ligada a ritos, práticas religiosas, grupos, atitudes de louvor, sem esquecer também a relação com o transcendente. A relação entre a espiritualidade e a saúde, depois de um período negativo, tem vindo a evoluir num sentido positivo. Atualmente são muitos os estudos científicos que falam do *coping* religioso como um fator positivo de saúde. São também muitos os estudos empíricos que comprovam o contributo da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida dos indivíduos. As perdas provocadas pelo envelhecimento, a institucionalização que muitas vezes se lhes segue são frequentemente geradoras de depressão, de desmotivação, de negatividade, e de *stress*. E como é evidente, de diminuição da qualidade de vida do idoso. Como foi referido, tendo em conta a revisão bibliográfica efetuada, verificamos que a espiritualidade/religiosidade, tem relações habitualmente positivas com a saúde e conseqüentemente com a qualidade de vida. Não esquecemos o que também já foi referido, que essa relação poderá tornar-se negativa. Daí a importância de saber com rigor o que significa para cada indivíduo religiosidade/espiritualidade e quais as práticas

que daí derivam. A partir daí pode-se prever a sua influência na qualidade de vida de cada indivíduo em especial do idoso neste caso institucionalizado.

2. Qualidade de Vida

2.1. Contextualização

Com a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (1985) é aceite a noção de que saúde pode ser uma dimensão independente de doença e conceitos como o de Qualidade de Vida (QV) e Bem-Estar têm cada vez maior importância na investigação e na prática dos Cuidados de Saúde.

Existem grandes mudanças a nível Social e a nível da Medicina, que faz com que seja desencadeado um aumento de esperança de vida, assim como uma mudança de perfil de morbilidade, observando-se um aumento de prevalência das doenças crónico-degenerativas. O bem-estar do idoso ganha um crescente reconhecimento nos Cuidados de Saúde e investigação, baseado no facto de que “quantidade” de vida não é necessariamente sinónimo de “qualidade” de vida. São vários os técnicos de saúde que tentam intervir para o desenvolvimento de métodos de avaliação de resultados de saúde ao longo das diferentes fases da sua inter-relação com o doente, pois é sabido que, quando o doente procura ajuda do médico, não o faz só devido à sua doença, mas também porque a sua QV está alterada, quer pelos sintomas da mesma, quer pelas mudanças e ansiedade que esta gerou (Santos e Ribeiro, 2001; Hopkins, 1992).

A língua inglesa mostra-se mais clara ao definir o conceito de doença em termos diferentes, nomeadamente o de *illness* e *disease*, que se traduzem como sentir-se doente e ter uma doença, respetivamente (Ribeiro, 1998). Assim, podemos dizer que em relação a *illness* temos a relação alterada entre o sujeito e o meio envolvente e *disease* remete-nos para um acontecimento biológico.

O interesse na QV surge associado às práticas assistenciais do quotidiano, da necessidade de avaliação do impacto, quer a nível físico quer psicossocial, que as doenças ou incapacidades e respetivo tratamento podem provocar, permitindo assim um melhor conhecimento do sujeito, da sua vivência com a situação e a sua adaptação à mesma. (Meneses e Ribeiro, 2000).

Segundo Amorim (1999) tem-se observado de uma forma crescente a utilização do construto QV como uma técnica de investigação clínica, que por sua vez, se faz acompanhar por uma profunda mutação da organização dos Cuidados de Saúde nas sociedades ocidentais.

Segundo Spilker (1990), são crescentes os campos de investigação de resultados, com a utilização de novas tecnologias de saúde, com a necessidade de avaliar a eficácia, custo-eficácia e benefícios de novas estratégias terapêuticas, para determinar se são justificadas, permitindo a avaliação da QV detectar a mudança na saúde física, funcional, mental e social com a finalidade de avaliar custos e benefícios humanos de novos programas de intervenção, tendo adicionalmente um potencial de uso na prática clínica diária, permitindo os técnicos de saúde de dar prioridade a problemas, comunicar melhor com os doentes, detetar potenciais adversidades e identificar preferências do doente (Berlim e Fleck, 2003).

2.2. Qualidade de vida

Definir Qualidade de Vida (QV) de uma forma global é bastante difícil, pois é um termo usado com alguma frequência de um modo vago, e como qualquer conceito de senso comum, todas as pessoas sabem o que significa, tornando-se, contudo, difícil a sua clarificação (Rose et al, 1998; Muldoon et al, 1998; Capitan, 1996; Meneses et al, 2002), dependendo em grande medida da escala de valores por que cada um se rege e dos recursos emocionais e pessoais de cada um (Esteve e Rocca, 1997). Existem vários instrumentos de avaliação e vária literatura teórica sobre a QV, mas não se encontra uma concordância total quanto ao seu significado. Segundo Spilker (1990) uma das razões para isto acontecer é que vários autores escrevem acerca QV, usando o mesmo termo e referindo-se a tópicos diferentes que emergem de diferentes perspetivas. Um conceito global de QV pode entender-se de uma forma ampla como felicidade, de outros conceitos específicos relativos a situações clínicas concretas e para cuja avaliação são precisas escalas concretas (Lopez et al, 1996), e, neste último caso, a QV apresenta também inúmeras definições, estando frequentemente cada definição associada a um determinado tipo de instrumentos que avalia a QV de acordo com essa definição. Trata-se, então, de um conceito ambíguo e amplo que vai para além da condição física (Bowling, 1995; Lopez et al, 1996), incluindo o funcionamento físico, psicológico e

social e o estado de Saúde percebido, assim como a satisfação global com a vida (Berlim e Fleck, 2003); e tal como outros conceitos com alguma carga de subjetividade, pode significar aspetos diferentes para pessoas diferentes, dependendo de vários fatores, nomeadamente culturais, sociais ou económicos.

Bayés (1994) descreve a QV como uma juízo subjetivo do grau em que se alcançou a satisfação ou um sentimento de bem-estar pessoal, associado a determinados indicadores objetivos biomédicos, psicológicos, comportamentais e sociais.

A QV como bem-estar físico, mental e social completa e não apenas a ausência de doença ou incapacidade, definição que se sobrepõe à definição de Saúde (Cramer, 1994). Mas o conceito de QV que se une com os conceitos de saúde e bem-estar, não é contudo, para a maioria dos autores, equivalente e o grupo para o estudo da QV que se constitui no seio da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHOQOL, 1998) refere-se a esta como “...uma perceção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que vivem e em relação com os seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações. Trata-se de um conceito amplo integrado de uma forma complexa a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e as suas relações com aspetos saliente do ambiente.”

A ênfase desta definição, põem-se primeiro, na natureza da QV, referindo-se a uma avaliação subjetiva que está embutida num contexto social, cultural e ambiental (concebida como uma experiência interna influenciada pelo que se passa no ambiente, mas de certo modo “colorida” pelas experiências anteriores do indivíduo, estado mental, personalidade e expetativas) e, em segundo lugar, na necessidade de explorar todos esses aspetos da vida considerados como tendo um impacto na QV (Berlim e Fleck, 2003).

Podemos dizer que QV é um conceito multidimensional, integrando uma perceção subjetiva de bem-estar físico, emocional e social, incluindo a componente cognitiva (satisfação) como a componente emocional (felicidade). Ribeiro (1993) refere-se a determinados pressupostos que são inerentes ao próprio conceito: a QV não é ausência de doença, não se manifesta ao nível do bem-estar e da funcionalidade.

Ao definir-se QV como uma configuração de bem-estar é uma dimensão auto percebida; a QV abrange aspetos físicos, mentais, sociais e ambientais, da mesma realidade e

portanto com relações sistémicas entre eles, é um processo dinâmico e só tem sentido se avaliada e concebida em termos ecológicos.

Cavagli et al (2001) é um dos autores que referenciam estes aspetos, quando cita Joyce, referindo que a QV é sujeita a muitas influências que diferem qualitativa e quantitativamente de indivíduo, para indivíduo e que até no mesmo indivíduo, pode variar ao longo dos anos; entende ainda a QV “...como sendo uma sensação de bem-estar e de satisfação que compreende uma apreciação positiva do funcionamento geral, baseada numa adequada resolução das necessidades”, atribuindo um papel fundamental ao julgamento individual, à avaliação subjetiva de factos.

A avaliação da QV não deve ser encarada como um processo estático, mas como algo dependente do tempo que sofre mudanças e reflete as experiências de vida (Lopez et al, 1996).

Brown et al (2004) através de uma revisão sistemática da literatura, propuseram uma taxionomia para sintetizar diferentes abordagens suscetíveis de aplicação ao contexto gerontológico, a saber:

Sinais objetivos onde se englobam o padrão de vida, a saúde e longevidade, habitação e características de vizinhança;

Indiciações subjetivas onde se centralizam na satisfação com a vida e bem-estar psicológico, valores, morais e felicidade;

Satisfação das necessidades humanas onde podemos encontrar as circunstâncias objetivas e subjetivas propostas por Maslow (1962, citado por Walker, 2005) desde as necessidades mais básicas de segurança e alimentação, até às necessidades de pertença social, competência, controlo, ego, estatuto e auto-estima;

Fatores psicológicos atribuem ênfase no crescimento pessoal, competências cognitivas, eficácia e adaptabilidade;

Indicadores de saúde e funcionalidade que se baseiam em medidas de avaliação do estado de saúde geral, depressão e funcionalidade nas atividades básicas da vida diária;

Promotores de saúde social que se referem aos indicadores relativos às redes sociais, de suporte e actividades sociais;

Sinais de coesão social e capital social que dizem respeito aos recursos sociais, ambientais e locais, ou seja, aqueles recursos que facilitam a reciprocidade e a confiança nas interações sociais);

Fatores ambientais que se centralizam no estudo do ambiente onde a pessoa está inserida, e no interesse de se promoverem ambientes simplificadores da independência e participação social das pessoas idosas);

Abordagens hermenêuticas, baseiam-se nos valores individuais, representações e compreensões, satisfação pessoal, circunstâncias e prioridades de vida.

A multiplicidade de perspectivas disciplinares sobre este conceito torna compreensível a inexistência de uma definição ou medida de avaliação consensual. Segundo Walker (2005), a própria possibilidade de um modelo teórico de qualidade de vida é discutível porque, na prática, ele teria de operacionalizar um construto com diferentes níveis, capaz de englobar as múltiplas dimensões de cada pessoa.

2.3. Qualidade de Vida e Institucionalização

Como já referimos alguns autores fora do campo da saúde analisaram as componentes da QV e as suas inter-relações, em estudos dirigidos a populações sem doença e só depois acompanharam o desenvolvimento dos estudos sobre a Saúde, o conceito que se generalizou a ambientes clínicos.

No contexto de estudos clínicos, os técnicos de saúde interessam-se mais na relação entre saúde, sintomas, doença e seu tratamento por um lado, e QV por outro, usando então um conceito mais preciso que deixa de parte aspetos como felicidade, padrão de vida ou ambiente. Este conceito é designado habitualmente por Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS). QV, neste contexto, refere-se aos problemas relacionados com a saúde, incluindo o impacto da doença e tratamento no funcionamento, crenças de saúde e bem-estar subjetivo (Ribeiro, 1994; Snoeck, 2000).

Lopez et al, 1996 define QVRS como “... valor atribuído á duração da vida que se altera pela deficiência, o estado funcional, a percepção e as oportunidades sociais devidas a uma doença, um acidente, um tratamento ou uma decisão política”. A sua avaliação só é possível tendo em conta a percepção do próprio doente e serve como fonte

complementar na abordagem diagnóstica e terapêutica do doente, assim, temos um importante resultado em saúde e esta representa a última meta de todas as intervenções.

Segundo Testa e Simonson (1996), o termo QVRS diz respeito a domínios físico, psicológico e social de saúde, vistos como áreas distintas que são influenciadas pelas experiências, crenças, expectativas e percepções individuais e coletivamente são referidas como “percepção da saúde”.

A qualidade de vida na terceira idade tem sido fundamento de amplas contestações em todo o mundo, pois existe uma grande apreensão em preservar a saúde e o bem-estar global dos anciãos para que usufruam de um envelhecimento com dignidade. Tal como foi referido anteriormente definição de qualidade de vida é bastante intrincada e envolve dimensões como bem-estar físico, familiar e emocional, habilidade funcional, espiritualidade, função social, sexualidade e função ocupacional, que quando incorporados mantêm o indivíduo em equilíbrio consigo mesmo e com o mundo que o rodeia. (Frenandez et al, 2007; Torres et al, 2009; Santos et al, 2002).

Resumindo:

Existem inúmeros conceitos de qualidade de vida sendo que cada indivíduo tem a sua própria noção. Desta forma, qualidade de vida é um conceito que está subordinado a diversos pontos de vista, e que tem-se modificado em diferentes momentos, de países para países, de cultura para cultura, até mesmo, de indivíduo para indivíduo, conforme o decorrer do tempo. Os modelos de qualidade de vida vão desde a “satisfação com a vida” ou bem-estar social a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas (Sousa et al, 2003). O estilo de vida adotado, as condições pessoais particulares e os fatores sociodemográficos aparecem como os fatores que melhor explicam as diferenças inter-individuais da qualidade de vida na população idosa. A terceira idade é uma ocasião de perdas e as perdas não facilitam a qualidade de vida. No meio rural, os anciãos apesar de receberem a sua reforma, costumam manter as atividades análogas que cumpriram toda a vida. A máxima flexibilidade e tempo que agora possuem permitem-lhe a dedicação a uma atividade praticada por conta própria, sobretudo na agricultura e pecuária, estas atividades são referidas pelos idosos inquiridos (Sequeira & Silva, 2002).

A conservação destas atividades rurais, permite aos anciãos não só participarem ativamente na vida da comunidade, compartilhando benefícios e motivações, assim como também manterem o seu sentimento de competência, de utilidade, de capacidade, Mas o processo de envelhecimento pode ser enriquecido e ser vivenciado de forma saudável e produtiva como veremos de seguida.

3. Envelhecimento

O envelhecimento é definido pelos biólogos como uma sequência de mudanças letais que diminuem as probabilidades de sobrevivência do indivíduo. É dentro deste contexto que foram elaboradas várias teorias gerais do envelhecimento, como a Teoria Imunitária (segundo a qual, o envelhecimento é explicado como uma défice no sistema de defesa do organismo (Sistema Imunitário), tornando-o incapaz de reconhecer as suas próprias células e criando anticorpos que as atacariam); a Teoria Genética que advoga que o ser humano tem envelhecimento programado sendo a última etapa de um ciclo genético definido; contudo, nesta teoria fica por explicar a diferença de longevidade entre as diversas raças, e mesmo entre cada raça (o homem dura menos que a mulher); a Teoria do Desgaste em que o organismo humano é comparado a uma máquina que se vai desgastando com o uso. Este desgaste das partes que compõem o organismo humano provoca anomalias e, conseqüentemente, a paragem desse mecanismo; a Teoria dos Radicais Livres (segundo a qual a morte celular e conseqüentemente o envelhecimento é devido à ação de radicais livres), e a Teoria Neuro- endócrino que defende que o envelhecimento é causado pelo fracasso ou insuficiência do sistema endócrino no que se refere à coordenação das diferentes funções do corpo Berger, Mailloux-Poirier 1995.

Vieira (2009) definiu de envelhecimento em quatro estádios:

Idade Cronológica: é o tempo de vida, desde do nascimento e o número de anos vividos por um individuo, considerando a esperança média de vida da sociedade onde está inserida;

Idade Biológica: diz respeito ao estado em que o corpo se expõe, podendo não estar relacionada com a idade cronológica, as pessoas podem aparentemente ter outra idade, distinta da cronologia.

Idade Psicológica: é o produto final de um completo número de experiências pessoais e de relacionamentos, das vivências pessoais aglomeradas ao longo dos anos, tendo em conta aspetos cognitivos.

Idade Social: é delimitada por normas/ regras e expectativas sociais. As pessoas são caracterizadas em função dos seus direitos como cidadãos.

3.1. Transformações provocadas pelo envelhecimento

3.1.1. Transformações físicas:

Na componente biológica o envelhecimento é representado pelo declive que assumem as transformações físicas. Segundo Rocha (1994), há transformações físicas inerentes à idade madura: os cabelos perdem a cor, a taxa do metabolismo encurta bem como os reflexos tendinosos, a libertação da insulina pancreática é também mais demorada.

Há transformações também na composição da estrutura física como por exemplo: diminuição da massa óssea e muscular, diminuição da estatura, aumento da gordura corporal, diminuindo a subcutânea, dilatação do diâmetro da caixa torácica, etc.

Também Fortunato (2010) define o envelhecimento biológico aludindo às transformações físicas que diminuem a competência dos sistemas orgânicos e funcionais do organismo. Assim, seguindo este pensamento o envelhecimento biológico está diversas vezes associado ao declive biológico, manifestando -se essencialmente, por exemplo, pela flacidez da pele e músculos, a escassez da acuidade auditiva e visual (Fortunato, 2010).

As principais transformações fisiológicas que se desenvolvem ao longo do envelhecimento advêm de interações intrincadas entre vários agentes intrínsecos e extrínsecos. As mudanças anatómicas e fisiológicas associadas ao envelhecimento iniciam-se gradualmente por volta dos 40 anos prosseguindo- se até á morte. (Ferreira, 2009).

Geralmente no envelhecimento sucedem – se múltiplas variações a nível morfológico como incremento do peso, diminuição da altura, e da massa muscular e consistência óssea (Faria, 2008). Também o sistema locomotor fica a com algumas limitações quer

ao nível agilidade das articulações quer, em termos musculares, pela perda de fibras musculares. (Carvalho & Soares, 2004)

À medida que a idade vai aumentando há uma propensão das pessoas ficarem menos ativas, reduzindo a sua capacidade de funcionamento, amplificando, o seu grau de dependência para a execução das atividades de vida diária como vestir-se, calçar os sapatos, escovar os dentes, tomar banho, alimentar-se, entre outros (Caporicci & Neto, 2001).

Assim sendo, a diminuição da capacidade de funcionamento é provocado, essencialmente, pelo sedentarismo, pelo que a prática frequente de exercícios ou adoção de um estilo de vida mais ativo, diminui os efeitos do envelhecimento, e o controlo de doenças crónico-degenerativas, e permite a conservação das funções locomotoras, o melhor desempenho na realização das atividades da vida diária e um melhor grau de autonomia permitindo que o idoso se mantenha ativo e com uma boa qualidade de vida (Caporicci, 2011).

3.1.2. Transformações Psicológicas

Na anciania presenciámos diversas mudanças psicológicas devido às transformações que os idosos padecem no seu dia-a-dia e que os força a reaver novos papéis, e a defrontar-se com novos problemas (Almeida, 2008).

No ancião a conexão entre o funcionamento físico e o psicológico ganha extrema relevância uma vez que os declínios de natureza física irão traduzindo -se em delimitações a nível do funcionamento individual geral (Fortunato, 2010).

As alterações cognitivas aglomeradas ao envelhecimento alteram, entre ligeiras a moderadas, verificando-se que em algumas áreas o desempenho se preserva ou se aperfeiçoa. No entanto, este modelo diferencial é menos claro se se considerar os idosos com 85 ou mais anos de idade, analogamente a alguns estudos que aludem a um declínio gradual (Fortunato, 2010).

Nesta fase, os anciãos dão prioridade as atividades desenvolvidas em grupo e as relações sociais que estabelecem com os outros, uma vez que se verifica alguma escassez de vitalidade do organismo os idosos. (Almeida, 2008).

Uma das áreas que mais tem sido investigada é a analogia entre o processo de envelhecimento e as possíveis alterações que ocorrem nos traços que integram a personalidade, sendo que a globalidade dos resultados indica para a constância com o passar do tempo. Contudo, a constância dos traços de personalidade mostra ser emotivo aos eventos e situações de vida (Fortunato, 2010).

Ao longo dos anos os idosos, criam uma imagem de si com base na sua estrutura social onde se encontram inseridos, onde produzem limites para si próprios, que podem ficar muito longe das suas verdadeiras capacidades, podendo originar ilusões ou desapontamentos (Almeida, 2008).

3.1.3. Transformações Sociais

O envelhecimento social não se determina apenas pelos processos biológicos e psicológicos, mas também por processos culturais e sociais. (Osório, 2007). À medida que o sujeito vai envelhecendo, vai sucedendo mudanças nos papéis sociais que requerem frequentes adaptações. Analogamente a outras fases do desenvolvimento humano, a velhice é uma fase em que ocorrem determinadas mudanças frequentemente patenteadas pela literatura gerontológica como perdas. Contudo, a perda de alguns papéis sociais (por exemplo, o de profissional) não tem de ser perspectivada como um acontecimento negativo, acompanhado de estados de tristeza e insatisfação com a vida, mas pode ser experienciada como um normal desenrolar de acontecimentos e transformações com as quais a pessoa interage e se ajusta satisfatoriamente. (Fortunato, 2010).

Convergem para avivar essa situação diferentes fatores como: demográficos, socioculturais e epidemiológicos, reforma, a perda de colegas de trabalho, a extensão do tempo livre, as renovações nas regras sociais, o enfrentamento da idade sobre o sujeito, o impacto social da velhice, a carência de segurança económica, a rejeição pelo grupo, os filhos que se distanciam, o aumento da frequência de determinadas patologias, dificuldades de aceitação de novas ideias que se esbarram com os modelos tradicionais de conduta, fazendo o idoso duvidar do que estará por vir (Zaslavky & Gus, 2002).

No que diz respeito à atividade social, um envelhecimento poderá ser visto de uma forma mais ou menos positiva, conforme o sucesso que essa pessoa teve no passado e

na forma como ela viveu todas as outras fases da sua vida, bem como na maneira como encara a modificação da sua função na sociedade, evitando o corte para com esta e para com a sua própria existência. Naturalmente, se a pessoa viveu sempre dedicada ao trabalho alheando-se da sua vida familiar, é normal que nesta fase da sua vida surjam problemas, até pelo facto de a família não estar acostumada a ter a pessoa presente no dia-a-dia familiar. Deste modo podem, surgir conflitos de gerações, a não aprovação do comportamento do idoso, a falta de amizade, entre outros (Almeida, 2008). Aposentação significa excluir-se da sociedade ativa. Até há bem pouco tempo, o reformado sofria a desilusão e a desconsolação de quem perde alguma coisa. Contudo, com o desenvolvimento das ciências da saúde e o estudo das mudanças psicossociais, o aposentado sente-se libertado dos antigos conceitos, perde os seus complexos e encontra condições biopsicossociais para realizar-se como pessoa. Para Pelzer & Sandri (2002), apesar de estar na idade da reforma o idoso não deve passar sem uma atividade. Buscando um pouco a vertente feminina, ao contrário do que acontece presentemente, com as mulheres a conciliarem emprego e maternidade, as mulheres mais idosas unificaram toda a sua vida nas suas famílias, pelo que, quando chegam à velhice sentem-se totalmente invalidadas, por considerarem que já ninguém precisa delas. Refira-se igualmente que o homem idoso partilha muitos dos sentimentos da esposa. Em muitos casos são os netos que trazem uma grande alegria e sentido às vidas dos idosos (Almeida,2008).

Nesta etapa do ciclo é fundamental a conservação, tanto quanto possível, das funções do organismo relacionadas com a vida de relação, designadamente: a motricidade, a marcha, a visão, a audição e as funções intelectuais (Biel, 2011). Elas são fundamentais para a autonomia.

3.2. Envelhecimento e Autonomia

A palavra autonomia deriva do grego em que auto significa “o mesmo”, “ele mesmo”, “por si mesmo” e também da palavra “nomos” que quer dizer “compartilhar”, “instituição”, “uso”, “lei”, aptidão humana, acarta caraterísticas integrantes da pessoa humana arriscando a fazer escolhas á semelhança com as suas princípios e valores, organizar projetos, tomar decisões e atuar em resultado das escolhas que faz (Castro,2011).

O termo autonomia refere-se á capacidade da pessoa gerir a sua vida ou por outras palavras tomar decisões sobre si mesma. Este conceito de autonomia é definido como um direito do utente ser autónomo, independente, ter autocontrolo e estar orientado (Sequeira,2010).

A independência e a autonomia são dois termos complementares mas não são iguais. A autonomia como está anteriormente descrita, é a aptidão do sujeito em gerir a sua vida, enquanto a independência refere-se à capacidade de execução da vida diária e autocuidado (Sequeira,2010).

A dependência tem a ver com a incapacidade da pessoa em viver sem a ajuda de terceiros. Portanto trata-se de uma situação em que o sujeito que por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou cognitiva, derivada ou exacerbada por alguma doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, carência ou raro apoio familiar, não tem capacidade por si só desempenhar as atividades da vida diária (Sequeira,2010). Tal como acontece em todo o Reino da Vida Animal, o homem possui carências mesmo antes de nascer, a satisfação dessas carências é efetuada ao longo de todo o ciclo vital que seja de maneira dependente ou independente, tendo em conta que na primeira fase de vida são satisfeitas por terceiros, o mesmo acontece consoante a idade vai avançando (Imaginário, 2008)

Podemos ainda considerar a autonomia como uma aptidão ou competência para gerir a sua própria vida, valendo-se dos seus próprios meios, vontades e princípios. É o direito ao livre arbítrio que faz com que qualquer indivíduo esteja apto para tomar as suas próprias decisões (Sequeira, 2010).

Kant diz-nos que a autonomia é a independência da vontade relativamente a todo o desejo e a capacidade de a vontade se determinar em conformidade com a razão.

A independência e a autonomia são dois termos complementares, mas não são iguais. A autonomia como está anteriormente descrita como a aptidão do sujeito em gerir a sua vida, enquanto a independência refere-se à capacidade de execução da vida diária e de autocuidado (Sequeira, 2010).

Com a terceira idade, o ser humano enfrenta situações que estimulam transformações, muitas vezes originando assim mudanças no decorrer da vida. Estas mudanças são, por exemplo, perdas que vão sofrendo, tais como a perda do papel profissional entrando na

reforma, perda de familiares, amigos e contatos sociais gratificantes, alterações a nível físico e hormonais e, debilitações ao nível da saúde (Novaes, 1995).

A autonomia é vista como um dos aspetos mais importantes no estudo sobre o envelhecimento, tendo em conta que origina questões fulcrais para a qualidade de vida. Assim, esta é vista como um pilar crucial na conservação da qualidade de vida no idoso (Vieira, 2004)

3.3. Envelhecimento e Institucionalização

A Institucionalização está quase sempre associada a falta de autonomia. Podemos dizer que institucionalização é um processo de assemelhação, ou de transformação de alguma coisa numa instituição, entendendo esta como uma associação ou organização de carácter social, religioso ou filantrópico. Uma corporação policial é uma instituição pública de segurança, uma igreja é uma instituição religiosa, uma associação de moradores é uma instituição social. As instituições visam atender o bem comum e os fins sociais. (Ferreira 2009).

As preocupações sociais da população estão presentes já desde o nascimento da nossa nacionalidade, dando origem a algumas instituições voltadas para determinados setores da população. Estas instituições estavam de alguma forma, ligadas a ordens militares e religiosas e outras eram criadas pela iniciativa de reis, rainhas e outros nobres militares ou mercadores ricos. (Ferreira, 2009).

Para Fernandes (1997), apenas a partir do início da década de setenta, de acordo com as novas políticas sociais da velhice, as instituições são criadas tendo em vista a prevenção da dependência e a integração das pessoas idosas na comunidade. No que diz respeito ao encargo social, a partir desta data, distinguiram-se dois tipos de instituições: as que tinham como objetivo a institucionalização das pessoas idosas (lares ou residências) e as que procuravam criar condições para manter a pessoa idosa no seu próprio domicílio. Quando o idoso é institucionalizado, tem que se “adaptar” com um grupo de situações, que são novidade, nomeadamente, um novo espaço, novos hábitos, vai partilhar com pessoas desconhecidas esse mesmo novo espaço e novos hábitos. Esta nova realidade, poderá estimular estados de angústia, revolta, receio e estados de insegurança (Almeida, 2008). Nestas situações, quando o idoso é institucionalizado pelos familiares, poderá

levar a uma perda de autonomia. As Instituições que entre nós acolhem os idosos para os compensar das suas perdas com consequências a nível da autonomia são conhecidas por lares ou residências de Idosos.

3.3.1. Lares e residências de idosos

A definição de lares de idosos está consignada no Decreto-lei n.º 30/89 de 24 de Janeiro. O n.º 1 do art.º 6, refere que “os lares para idosos, são estabelecimentos de alojamento e prestação de serviços destinados a pessoas idosas”. Hoje em dia espera-se muito mais de um lar para idosos. O Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de Fevereiro adopta uma definição muito mais ampla, referindo que lar de idosos “é o conhecimento em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária pu permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes”.

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), é considerada uma pessoa de terceira idade, quando a sua idade cronológica é igual ou superior a 65 anos.

Quando falámos em idosos e nos seus direitos, estamos a falar dos direitos dos seres humanos a quem tudo devemos. Eles são os responsáveis pelos ensinamentos que tivemos ao longo da vida e também pelas boas realizações do mundo e da humanidade. Assim, o nosso dever como sociedade é reconhecê-los como seres humanos dignos de todo o respeito e gratidão (Fontaire, 2000).

Segundo Paúl & Fonseca (2005), os direitos que os idosos possuem, não são nada mais que os direitos que a generalidade das pessoas possui mais alguns direitos específicos em razão da especial fase da vida em que se encontram. Dentre os direitos específicos dos idosos, podem-se relacionar o atendimento preferencial, imediato e individualizado, junto a órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população; o direito de ser bem cuidado e atendido por sua própria família, em detrimento à internação em asilos; o direito de receber pensão alimentícia de seus familiares e, na ausência destes, de ter suas necessidades básicas satisfeitas pelo governo; o direito de receber do Poder Público, gratuitamente medicamentos e outros recursos relativos a tratamento de saúde; o direito de não ser discriminado nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em

razão de idade, entre outros. Contudo, cada um de nós tem o dever de se certificar que os direitos dos idosos são realizados por todo o ser humano.

3.4. Envelhecimento e Morte

3.4.1. O Tabú da morte

A morte foi e é considerado ainda um tabu na nossa sociedade. Foram vários os tabus que foram afastados da nossa sociedade, mas a morte, apesar de ser estudada de um modo científico na tanalogia, permanece indiscutível.

O homem desde sempre teve consciência da morte, construindo túmulos e prestando culto aos mortos. Podemos dizer que a morte é um tema tão antigo quanto a morte, versado nos mitos e religiões, na teologia, na literatura, na filosofia antiga e moderna. A ciência também não a desconhece ao menos que “lida” mais com a vida e com a morte, como é o caso da medicina (Oliveira, 1998). Assim, como a vida é algo passageiro, que tem um começo, um meio e um fim, aspetos como a reprodução, a competição, a emoção, a ambição, iriam perder o interesse se nunca terminassem. Se a vida não findasse não haveria lugar para desejos, expetativas, lutas, desafios, na tentativa de dar sentido à vida, uma vez que haveria uma eternidade de amanhã e de possibilidades (Oliveira et al, 2004). Podemos dizer que a morte “está sempre à espreita”, pois sabemos qua a vida é algo muito frágil, logo a ameaça tanto pode ser interna (como por exemplo, uma doença grave), como externa (acidente de viação, por exemplo). Quando a ameaça é de morte interna (doença grave), a aceitação pode ser péssima, mas há medida que a doença vai avançando, o doente e a sua família tomam consciência que o final está próximo e acabam por aceitar. Ao contrário da ameaça externa (acidente de viação), que por ser tão imprevista, a morte acaba por ser mais penosa.

Segundo Oliveira (1998), são várias as realidades que se fazem para ocultar, disfarçar a morte. Maquilha-se o cadáver para ele parecer vivo, é mais praticada a incineração (cremação), pratica-se também a criogenação (conservação do corpo imerso em azoto líquido à temperatura de 196 graus negativos), evitando assim a putrefação. Para este autor, o luto tende também a desaparecer com o pretexto de que prolonga a memória do defunto perante a família e a sociedade. Por sua vez os cemitérios são apenas visitados em alturas especiais. Tudo é feito para que a morte não seja tão dolorosa, para os que

“cá ficam”. Ao longo do seu percurso de vida o sujeito tem consciência da sua morte, mas a postura perante a mesma vai-se alterando.

Na reta final da vida, o indivíduo passa a encarar a morte com menos angústia, encarando o inevitável. Kübler-Ross (1988, cit. In Rebelo, 2006), fala-nos dos processos psicológicos do moribundo: negação e isolamento; raiva; negociação ou regateio; depressão e aceitação.

3.4.2. A interpretação da morte

Há muitas formas de interpretar a morte. Para uns é o fim de tudo. Vai ficar apenas a memória de quem partiu. Para outros, a morte é uma passagem esperando-os uma vida nova. Essa nova vida é interpretada frequentemente como uma ocasião de Justiça: Os justos terão a felicidade (Céu) os injustos terão o castigo (Inferno). Para uns a nova vida é uma vida eterna; Para outros uma vida onde vão surgir novas perspectivas. (Rebelo, 2006).

Nada disto, no entanto, parece ter confirmação científica e deriva de concepções religiosas, crenças, tradições próprias de cada cultura. A cultura ocidental continua a usar da imaginação, para se proteger e tende a posicionar-se perante a morte de forma muito complexa e repleta de receios (Rebelo, 2006). Para alguns pensadores, a morte não é um assunto ideologicamente neutro. A teologia judaico-cristã, concebe que a morte faz parte da vida, é um acidente biológico e, por isso, natural (Rebelo, 2006).

Por outro lado, o autor refere a morte como um problema do homem, e encara-a numa perspectiva de passagem. Os filósofos, por seu lado, assumem posições variadas e mesmo antagónicas sobre a morte. (Rebelo, 2006).

A forma como as pessoas se situam face à morte permite-lhes encontrar sentido para as perdas, e limitações provocadas pelo envelhecimento. Como tal, pode tornar-se um fator de qualidade de vida. O envelhecimento provoca cada vez mais a necessidade de institucionalização. Os lares ou residências que acolhem os idosos terão de estar conscientes da importância do sentido atribuído à morte por cada idoso. Essa posição face à morte, poderá tornar-se um fator importante na procura ou manutenção da sua qualidade de vida. (Rebelo, 2006).

Resumindo:

O envelhecimento é definido como uma sequência de mudanças que provocam transformações físicas, psicológicas e sociais. Essas transformações desencadeiam muitas vezes perda de autonomia fator determinante para a diminuição da qualidade de vida de qualquer ser humano. Cada vez mais, quando desaparece a autonomia, o idoso tem de ser institucionalizado em lares ou residências da terceira idade, já que os familiares estão cada vez mais condicionados nos seus horários e nas suas disponibilidades. Ao entrar no lar, o idoso tem de passar por muitas adaptações geradoras de *stress*. E simultaneamente tem de se adaptar à ideia da morte que continua a ser um tabú para a sociedade: Não fala da morte, a morte é o fim de tudo. Aqui pode ter um papel importante a espiritualidade enquanto fonte de sentido para a vida e para a morte. No meio rural, como já sublinhamos, os anciãos apesar de receberem a sua reforma, costumam manter as atividades análogas que cumpriram toda a vida. A máxima flexibilidade e tempo que agora possuem permitem-lhe a dedicação a uma atividade praticada por conta própria, sobretudo na agricultura e pecuária, estas atividades são referidas pelos idosos inquiridos (Sequeira & Silva, 2002).

A conservação destas atividades rurais, permite aos anciãos não só participarem ativamente na vida da comunidade, compartilhando benefícios e motivações, assim como também manterem o seu sentimento de competência, de utilidade, de capacidade. Mesmo no ambiente rural, as perdas de autonomia e de apoio familiares obrigam à institucionalização, concretizando-se esta em lares ou residências de terceira idade, muitas vezes ligados à organização paroquial. Nesse contexto de religiosidade a morte frequentemente adquire sentido mantendo e por vezes melhorando a qualidade de vida dos idosos.

Este estudo procura perceber de que forma é que a espiritualidade/religiosidade interfere positivamente na qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Capítulo II – Metodologia

1. Contextualização

Partindo da análise bibliográfica efetuada e dos pressupostos que ela nos permitiu elaborar (os utentes institucionalizados relatam necessidades espirituais e existenciais não satisfeitas, e o apoio espiritual relaciona-se com uma melhor qualidade de vida; As necessidades de paz, saúde e apoio social, de sentido para a vida e para a morte, são necessidades humanas universais e de especial importância para idosos institucionalizados) centramos a nossa investigação na relação entre espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida de idosos institucionalizados.

Este capítulo servirá para expor a metodologia usada nesta investigação, objeto e objetivo de estudo, os problemas e as hipóteses enunciadas, os instrumentos usados, os procedimentos adoptados na recolha e tratamento de dados, a caracterização dos participantes deste estudo, resultados e conclusões

2. Desenho e Método de Investigação

A presente investigação adotou a metodologia quantitativa de carácter transversal do tipo descritivo-correlacional, investigando e procurando explorar, descrever e determinar a existência de relações entre variáveis (Fortin, 1999).

Numa investigação com a delimitação desta natureza procura-se relatar os fenómenos, conexões e resultados ocorridos naturalmente e sem manipular (Ribeiro, 2010).

3. Objetivos

Objetivo geral:

A presente dissertação tem como objetivo central analisar o papel da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida em idosos institucionalizados.

Objetivos específicos:

Caracterizar do ponto de vista sociodemográfico e institucional a presente amostra;

Caracterizar a amostra em estudo do ponto de vista de espiritualidade/religiosidade

Descrever os participantes deste estudo do ponto de vista de qualidade de vida.

Relacionar a espiritualidade/religiosidade com a qualidade de vida nos elementos da presente amostra.

Apurar diferenças nessa relação, tendo em conta o género, idade e escolaridade.

4. Variáveis em Estudo

Para além das variáveis sociodemográficas, temos presentes as variáveis relacionadas com espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida.

5. Problemas, Questões e Hipóteses de Investigação

Para dar sequência aos objetivos propostos formulamos os seguintes problemas e hipóteses de investigação:

Problema 1

Há indicações consistentes de correlação entre espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida. São estudos com elevado rigor metodológico e utilizam diferentes variáveis para avaliar espiritualidade como: afiliação religiosa, oração e enfrentamento religioso/espiritual (Carneiro, 2008).

Tendo em conta o referido levantamos a seguinte hipótese:

H0: A espiritualidade/ religiosidade não contribui para a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

H1: Há uma correlação positiva entre a religiosidade/espiritualidade e qualidade de vida nos idosos institucionalizados.

Problema 2

É geralmente aceite que as variáveis idade, sexo e nível cultural afetam os níveis de espiritualidade/religiosidade das pessoas: Quanto mais idosas, mais espirituais e religiosas; As mulheres são mais religiosas que os homens; Quanto menos cultas as pessoas, mais religiosas. Tal como nos refere Almeida et al (2008) as variáveis, idade, sexo e escolaridade há diferenças significativas na relação entre religiosidade/espiritualidade e qualidade de vida nos idosos institucionalizados. Outros estudos efetuados comprovam que a religiosidade está mais proeminente nas gerações mais idosas quando equiparadas com gerações mais jovens. É admitido globalmente que a idade, o sexo e o nível cultural afetam os níveis de espiritualidade/religiosidade das pessoas. Quanto mais idosas, mais espirituais e religiosos, as mulheres são mais religiosas que os homens e quanto menos cultos mais religiosos. (Nyamwaya et al, 1994).

A partir desta suposição levantamos as seguintes hipóteses:

H0: As variáveis, idade, sexo e escolaridade não interferem significativamente na relação entre religiosidade/espiritualidade e qualidade de vida dos participantes deste estudo.

H2: A variável idade influencia significativamente a relação entre espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida da presente amostra.

H3: A variável sexo influencia significativamente a relação entre espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida da presente amostra.

H4: A variável escolaridade influencia significativamente a relação entre espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida da presente amostra.

6. Instrumentos:

6.1. Questionário Sociodemográfico

O presente questionário insere-se numa investigação desenvolvida na linha de investigação “Sobrenatural e Saúde”, intitulada Espiritualidade /Religiosidade e Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados, a decorrer no âmbito de uma

dissertação do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Universitário da Maia (ISMAI). Pedimos e agradecemos a sua colaboração.

As respostas são totalmente anónimas e confidenciais, e serão apenas utilizadas no âmbito desta investigação.

Ao oposto de um teste ou exame, não há respostas certas ou erradas. Dentro do possível, responda com a maior sinceridade a todas as afirmações.

O questionário sociodemográfico aborda os seguintes pontos: idade, sexo, estado civil, escolaridade, tempo que se encontra institucionalizado, motivos que levaram a institucionalização, o tipo de institucionalização em que se encontra, apoios que o têm ajudado a viver neste contexto, e a perceber de que forma é que a institucionalização o ajudou encontrar sentido para vida.

6.2. Questionário de Avaliação do Sobrenatural (QAS)

Descrição:

O Questionário de Avaliação do Sobrenatural (QAS) é uma escala ordinal composta de 45 itens. Os seis primeiros situam os inquiridos face ao sobrenatural (Materialista: item 1), (Sobrenatural: item 2), (Agnóstico: item 3), (Religioso: item 4), (Indiferente: item 5) e (Anti-religioso: item, 6). Os restantes permitem elaborar sete fatores: 1. Fontes do Sobrenatural ($\alpha=0.92$), 2. Espiritualidade $\alpha= (0.90)$, 3. Religiosidade negativa ($\alpha=0.84$), 4. Identificação Religiosa ($\alpha=0.93$), 6. Crenças religiosas ($\alpha=0.86$), 7. Religiosidade Positiva ($\alpha=0.80$) e 8. Prática Religiosa ($\alpha=0.73$). A resposta aos itens tem o formato de uma escala de tipo Likert com 5 intervalos, indo do "concordo totalmente" (5) até ao "discordo totalmente" (1). Como os itens têm uma formulação do positivo para o negativo quanto mais elevados forem os resultados, maior é a concordância com a afirmação subjacente ao item. Nenhum item está formulado de forma inversa. O seu preenchimento demora entre 15 a 20 minutos. Os fatores 2 (Espiritualidade) e o fator 4 (Identificação religiosa) são os fatores utilizados na presente investigação para o estudo das correlações espiritualidade/religiosidade com qualidade de vida.

Quadro 1 - Resultados Relativos à Precisão - Alphas de Cronbach para os sete domínios

Factor	1	2	3	4	5	6	7
Alpha de Cronbach's	.667	.895	.902	.938	.863	.955	.281

6.3. Questionário da Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)

Descrição:

Qualidade de Vida - WHOQOL-bref - desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde e aferido para a população portuguesa, denominado brief version of World Health Organization Quality of Life questionnaire (Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Carona & Paredes, 2006).

A Organização Mundial de Saúde fomentou a criação desta escala, uma vez que era fulcral a existência de um questionário que avaliasse a Qualidade de Vida de uma forma simples, eficaz e rápida, desenvolvendo, portanto, uma versão reduzida do WHOQOL-100. Esta escala é constituída por 26 questões, sendo duas delas mais generalizadas, relacionadas com a perceção geral de qualidade de vida e com a perceção geral de saúde, e as restantes direccionadas para a avaliação das 24 dimensões específicas que se encontram no WHOQOL-100. Este instrumento está subdividido em quatro dimensões, sendo elas o domínio físico, psicológico, das relações sociais e do ambiente. É uma escala tipo Likert constituída por cinco pontos (intensidade, capacidade, frequência e avaliação).

Em suma, é fulcral mencionar que as investigações revelam que este instrumento demonstra opimos resultados de consistência interna, estabilidade teste-reteste, validade de conteúdo e validade discriminante, sendo considerada uma excelente escala para quantificar a Qualidade de Vida na sociedade portuguesa (Vaz Serra, Canavarro, Simões, Pereira, Gameiro, Quartilho, Carona & Paredes, 2006).

Quadro 2 - Resultados Relativos à Precisão - Alphas de Cronbach para os sete domínios

Factor	Geral	Físico	Psicológico	Sociais	Ambiente
Alpha de Cronbach's	0.523	0.757	0.592	0.938	0.753

7. Amostra

A amostra é homogénea, constituída por 35 indivíduos com idades compreendidas entre os 50 e os 95 anos. A recolha foi feita em duas instituições de apoio social. Questionamos 18 indivíduos no “Centro Geriátrico Quintinha da Conceição” (Pedrouços, Maia) e 17 no “Centro Social e Paroquial de Santa Eulália de Pinelo” (Vimioso).

Quanto à forma de preenchimento dos questionários, estes foram preenchidos pelos inquiridos, no entanto, o investigador estava presente para o esclarecimento de dúvidas. Em idosos analfabetos ou em idades muito avançadas, o investigador ia lendo as questões sendo assinaladas em função das suas respostas, controlando todas as variáveis de forma a evitar enviesamento de informação.

8. Procedimentos:

Para a concretização deste estudo foi pedida autorização aos Centros Sociais e Paroquiais de Sta Eulália e Centro Social e Paroquial de S. Pedro e ainda ao Centro Geriátrico “Quintinha da Conceição” para o preenchimento dos questionários deste estudo. A todos foi pedida a assinatura da declaração de consentimento informado. Os participantes realizaram assim os questionários, começando pelo questionário sociodemográfico (para caracterização da população em estudo), seguindo-se o QAS

(Questionário de Avaliação do Sobrenatural) e por último WHOQOL (Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida).

Após recolha de dados, procedeu-se à inserção dos dados obtidos no *software* aplicativo do tipo científico *Statistical Package for Social Scienses (SPSS)* versão 21.0, e posterior análise dos resultados.

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica bem como à caracterização das variáveis em estudo, usou-se as estatísticas descritivas. Quanto à estatística inferencial, após verificação da distribuição normal através do teste Kolmogorov, e como os pressupostos estatísticos não estavam reunidos fizemos o teste de correlação não paramétrico, Spearman.

Capítulo III – Resultados

1. Resultados Descritivos

Foi elaborada uma análise descritiva, para descrever as variáveis sociodemográficas e institucionais consideradas mais relevantes para a caracterização da população em estudo: idade, género, estado civil, escolaridade, tempo de institucionalização, motivos da institucionalização, tipo de institucionalização, apoios que têm ajudado o idoso a viver nesse contexto e forma como a instituição tem ajudado a reencontrar sentido para vida. Apoiada em tabelas vamos descrever de forma sumária, dados importantes relativos a variáveis fundamentais desta investigação.

Caraterização da amostra do ponto de vista sóciodemográfico e Institucional

Foram estudadas as variáveis sociodemográficas consideradas mais relevantes para proceder à caraterização da população em estudo: idade, género, estado civil, habilitações literárias. De igual modo procuramos estudar variáveis ligadas à institucionalização como o tempo, motivos e tipos de institucionalização, os apoios que têm ajudado o idoso a viver e a encontrar sentido para a vida nesse contexto. As tabelas 1, 2 e 3 resumem esses resultados:

Tabela 1 - Caracterização Sócio Demográfica

Variáveis	Categorias	Frequência	Percentagem
Sexo	Masculino	10	28.6
	Feminino	25	71.4
Idade	{50- 54}	3	8.6
	{55-60}	1	2.9
	{66-70}	4	11.4
	{71-75}	2	5.7
	{76-80}	6	17.1
	{81-85}	9	25.7
	[86-90]	8	22.9
	{91-95}	2	5.7
Estado Civil	Solteiro/a	6	17.1
	Casado/a	9	25.7
	Viúvo/a	18	51.4
	Divorciado/a	2	5.7
Escolaridade	Analfabeto/a	1	2,9
	Até ao 4º ano	17	48.6
	Do 5º ao 9º ano	1	2,9
	Do 10º ao 12º ano	13	37.1
	Ensino Superior	3	8.6

Na tabela 1 observamos que dos 35 participantes, 71.4% eram maioritariamente do sexo feminino, quanto ao estado civil dos sujeitos verifica-se que 51.4% são viúvos, quanto à escolaridade cerca de 54.4% dos sujeitos, estudou até ao 9º ano, sendo que 48.6% dos mesmos até ao 4º ano. No que concerne à idade verificamos que N= 25, 71.4 % tem mais de 75 anos, com uma extensão [50-95].

Tabela 2 - Caracterização do ponto de vista Institucional

		Frequencia	Percentagem
Tempo de Institucionalização	Até 5 anos	26	74.3
	Entre 5 a 10 anos	5	14.3
	Entre 10 a 15 anos	2	5.7
	Entre 15 a 20 anos	2	5.7
	Opção pessoal	1	2.9
Motivo da Institucionalização do sujeito	Dificuldades económicas	1	2.9
	Falta de apoio familiar	14	40.0
	Solidão	5	14.3
	Perda de autonomia	12	34.3
	Outros	2	5.7
Tipo Institucionalização 1	Internamento	32	91.4
	Centro de dia	3	8.6
Tipo Institucionalização 2	Individual	29	82.9
	Conjugal	6	17.1
	O convívio	23	65.7
Ajudas 1	A ajuda dos técnicos	4	11.4
	As atividades formativas	1	2.9
	As atividades recreativas	3	8.6
	As atividades religiosas	4	11.4

Consultando a tabela 2 verificamos que no tocante ao tempo de institucionalização N= 26 (74.3%) dos sujeitos estão institucionalizados há menos de cinco anos. Relativamente aos motivos que levaram à institucionalização, apuramos que N=14 (40%) foi devido à falta de apoio, seguida da perda de autonomia N= 12, (34.3%), outro dos motivos mencionados foi a Solidão N=5 (14.3%). No que se refere ao tipo de institucionalização N= 32 (91.4%) encontram-se em regime de internamento.

Os apoios que tem ajudado o idoso a viver neste contexto são maioritariamente o convívio N=23 (65.7%) seguido da ajuda dos técnicos e das atividades religiosas ambos com N=4 (11.4%). Por último, a forma como institucionalização ajudou a encontrar sentido para vida na situação, para N=14 (40%) foi o diálogo com os outros, N=11

(31.4) foi a crença nas promessas de Deus, e com N=5 (14.3) o apoio afetivo dos outros e a aceitação das perdas e dos limites.

Caraterização da amostra do ponto de vista espiritualidade/religiosidade

Dos fatores obtidos no Questionário de avaliação do sobrenatural (QAS), apresentamos valores descritivos relativos à posição da amostra face ao sobrenatural e face às dimensões espiritualidade e identidade religiosa (religiosidade) já que são os elementos que se nos afiguram mais importantes para esta investigação. Para facilitar a compreensão dos resultados relativamente à posição face ao sobrenatural e aos fatores espiritualidade e religiosidade, para além dos valores da amostra em estudo, apresentamos também os valores da normalização.

Tabela 3 - Caraterização da posição face ao sobrenatural

Itens	Valores da amostra				Valores de referência			
	M	DP	Med.	Moda	M	DP	Med.	Moda
Considera-se:								
1. Materialista	1.49	.702	1	1	1.9	1.0	2	1
2. Sobrenaturalista	3.60	.946	4	4	3.0	1.2	3	2
3. Agnóstico	1.34	.482	2	1	2.3	1.2	2	2
4. Religioso	3.89	.993	3	4	3.3	1.4	3	3
5. Indiferente	1.51	.702	2	1	2.2	1.3	2	2
6. Anti-religioso	1.29	.458	1	1	1.5	1.0	1	1

1 (Discordo totalmente); 2 (Concordo pouco); 3(Concordo); 4 (Concordo muito)

Tendo em conta os valores obtidos, podemos dizer q a população desta amostra se percebe religiosa 3.89 e espiritual 3.60 e muito pouco materialista, agnóstica e anti religiosa uma vez que os respetivos valores não são tão significativos.

Tabela 4 - Caracterização da amostra do ponto de vista dos fatores

Factores	Valores da amostra			Valores de referência		
	M	DP	Moda	M	DP	Moda
1. Fontes do Sobrenatural	14.66	2.54	14	13.5	7.1	7
2. Espiritualidade	24.71	5.52	23	16.4	6.6	13
3. Religiosidade Negativa	11.2	4.68	7	17.1	6.0	14
4. Identificação Religiosa	13.66	3.86	12	14.1	5.7	10
5. Crenças religiosas	16.51	4.97	16	13.1	5.3	5
6. Religiosidade Positiva	13.94	3.89	15	14.2	3.4	15
7. Práticas Religiosas	8.63	1.83	7	8.9	3.1	7

Os fatores que iremos utilizar como variáveis nesta investigação são o fator 2 (Espiritualidade) e o fator 4 (Identidade Religiosa-Religiosidade). Nesta comparação entre os resultados da presente amostra e os da normalização, verificamos que os valores da amostra são mais elevados ao nível da Espiritualidade 24,71 e identificação religiosa com 13,66 praticamente iguais ao nível da Religiosidade.

Tabela 5 - Caracterização da amostra do ponto de vista de qualidade de vida (Questionário de Qualidade de Vida - WHOQOL-Bref)

Fatores	Valores da amostra		
	M	DP	Moda
1. Geral	60.71	17.19	62.5
2. Físico	53.37	10.39	60.7
3. Psicológico	62.26	8.51	66.7
4. Sociais	62.62	12.68	66.7
5. Ambiente	63.48	10.11	65.6

Tendo em conta a caracterização da amostra demonstram que relativamente aos fatores da qualidade de vida o domínio geral com $X = 60.71$ $DP = 17.19$. Relativamente à dimensão física a $X = 53.37$ e $DP = 10.39$, na dimensão psicológica a $X = 62.26$ $DP = 8.51$,

na dimensão social a $X= 62.62$, $DP=12.68$ e ambiente $X=63.48$ $DP=10.11$, ou seja, mesmo não tendo os valores de referencia, a amostra demonstra no geral os valores da amostra encontram se acima da média em todos os 5 fatores do WHOQOL – Bref.

Resumindo: Trata-se de uma amostra maioritariamente feminina, com idades compreendidas entre 50 e 95 anos, com predomínio do estado civil viúvo e um nível de escolaridade situado essencialmente no Básico e Secundário No que diz respeito à Institucionalização, o maior número de participantes está internado há 5 anos, o motivo do internamento foi a perda de autonomia e a falta de apoio familiar. Trata-se de um internamento quase sempre individual e são o diálogo, o convívio e as crenças que mais concorrem para a sua qualidade de vida. Em termos espirituais os participantes percecionam-se como sobrenaturais e religiosos e manifestam elevados níveis de espiritualidade.

A análise dos resultados descritivos da presente amostra permite verificar, que a maioria dos indivíduos entrevistados, independentemente do sexo e da escolaridade acredita numa entidade religiosa, seja ela Católica, Protestante ou Testemunha de Jeová. Podemos também dizer que, a religiosidade e espiritualidade fazem parte do seu dia-a-dia, sendo para alguns um apoio significativo. De acordo com os resultados obtidos, de entre as atividades referidas para a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, salientam-se as atividades religiosas 11.4% e a crença nas promessas de Deus 14.3%. Os resultados descritivos da presente amostra vão no sentido de uma relação positiva entre as variáveis em estudo.

Mas tendo em conta os resultados descritivos muitos dos indivíduos referem a religiosidade e espiritualidade como sendo um dos apoios na sua vida diária. Concretamente, uma parte da amostra garante que a crença nas promessas de Deus 40% e a prática religiosa 12% são para si, fontes de qualidade de vida. Isto vai de encontro à hipótese inicial da relação entre a qualidade de vida e a influência do sobrenatural na saúde em geral e da saúde mental em particular e da saúde no sobrenatural (crenças).

2. Resultados Inferenciais

Enquanto os resultados descritivos nos permitiram descrever as características básicas dos dados da amostra, os resultados inferenciais resultantes dos testes estatísticos para averiguar diferenças ou associações entre variáveis vão permitir a generaliza-los ou não à população.

Para avaliarmos associações entre variáveis utilizamos os testes de correlação de Spearman e para controlar variáveis servimo-nos da correlação parcial. Focamo-nos nas seguintes análises:

É admitido globalmente que a idade, o sexo e o nível cultural afectam os níveis de espiritualidade/religiosidade das pessoas. Quanto mais idosos, mais espirituais e religiosos, as mulheres são mais religiosas que os homens e quanto menos cultos mais religiosos. (Nyamwaya et al, 1994).

Num dos seus estudos Serra (1988) conclui que há diferenças nas atitudes nas diferentes situações registando-se uma diferenciação quanto ao género, sendo que as mulheres discordam quanto as estratégias utilizadas, ou seja, as mulheres procuram mais apoios sociais e religiosos comparativamente aos indivíduos do sexo masculino que tendem a ter mais controlo dos seus problemas.

Investigações longitudinais realizadas por Wink e Dillon (2008) sobre o progresso espiritual ao longo da vida adulta verificaram um desenvolvimento revelador na espiritualidade desde idade adulta média à velhice, maioritariamente nas mulheres.

Hipóteses levantadas

- Há uma correlação positiva e significativa entre religiosidade/espiritualidade e qualidade de vida nos idosos institucionalizados.
- As variáveis idade, sexo e escolaridade interferem significativamente na relação entre religiosidade/espiritualidade e qualidade de vida dos participantes deste estudo.

Tal como nos refere Almeida et al (2008) as variáveis, idade, sexo e escolaridade há diferenças significativas na relação entre religiosidade/espiritualidade e qualidade de vida nos idosos institucionalizados. Outros estudos efetuados comprovam que a

religiosidade está mais proeminente nas gerações mais idosas quando equiparadas com gerações mais jovens.

Tabela 6 - Correlação (Spearman) entre Espiritualidade /Religiosidade e Dimensões da Qualidade de vida

Variáveis		Dimensão Global	Dimensão Física	Dimensão Psicológica	Dimensão R.Sociais	Dimensão Ambiente
Intermediários sobrenaturais	rs	-.040	-.229	-.054	-.194	-.273
	pvalor	.819	.186	.758	.263	.112
Espiritualidade	rs	-.030	-.492**	-.536**	-.346*	-.490**
	pvalor	.864	.003	.001	.042	.003
Percepções negativas religião	rs	.088	.248	.279	.089	.225
	pvalor	.616	.150	.105	.610	.193
Identificação Religiosa	rs	-.133	-.040	-.146	.069	-.174
	pvalor	.447	.818	.402	.693	.318
Crenças Religiosa	rs	-.177	-.574**	-.386*	-.381*	-.442**
	pvalor	.309	.000	.022	.024	.008
Percepções positivas religião	rs	-.021	-.251	-.253	-.048	-.269
	pvalor	.905	.146	.143	.786	.118
Prática Religiosa	rs	-.113	-.452**	-.507**	-.527**	-.505**
	pvalor	.517	.006	.002	.001	.002
Sobrenatural	rs	-.057	-.466**	-.474**	-.403*	-.527**
	pvalor	.745	.005	.004	.016	.001

** p<.001 Correlação estatisticamente significativa

* p<.005 Correlação estatisticamente significativa

Tendo em conta os resultados da tabela anterior, verificamos que a relação ao contrário do esperado é negativa entre a espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida nas dimensões físico, psicológico, relações sociais e ambiente. Observa-se também que

quanto à identificação religiosa esta não se relaciona com nenhuma das dimensões da qualidade de vida.

Como tal não se confirma a H1 uma vez que os idosos institucionalizados relacionam negativamente a qualidade de vida com a religiosidade/espiritualidade, ou seja a religiosidade também promove sentimentos de culpa, castigo e abandono por Deus, portanto os nossos resultados podem ser explicados por esse fenómeno.

Tabela 7 - Correlação (Spearman) entre Espiritualidade/Religiosidade e Dimensões da Qualidade de vida. Variável controlada: Sexo

		Dimensão Global	Dimensão Física	Dimensão Psicológica	Dimensão R.Sociais	Dimensão Ambiente
Espiritualidade	rs	-.121	-.410*	-.467**	-.124	-.454**
	pvalor	.494	.016	.005	.486	.007
Identificação Religiosa	rs	.092	.108	.126	.071	-.205
	pvalor	.607	.544	.476	.691	.246

** p<.001 Correlação estatisticamente significativa; * p<.005 Correlação estatisticamente significativa

De acordo com a tabela 7, verifica-se que quando controlado a variável sexo a relação manteve-se igualmente negativa entre espiritualidade e a qualidade de vida nas dimensões física (rs = -.410; p=.016), Psicológica (rs = -.467; p=.005) e ambiente (rs = -.454, p=.007),

De salientar que aquando controlado o sexo a espiritualidade não se relaciona com a dimensão relações sociais, assim como não existe correlação entre a identificação religiosa e a qualidade de vida.

Tabela 8 - Correlação (Spearman) entre Espiritualidade /Religiosidade e Dimensões da Qualidade de vida. Variável controlada: Idade

Variáveis		Dimensão	Dimensão	Dimensão	Dimensão	Dimensão
		Global	Física	Psicológica	R.Sociais	Ambiente
Espiritualidade	rs	-.128	-.392*	-.447**	-.130	-.442**
	pvalor	.469	.022	.008	.463	.009
Identificação Religiosa	rs	.105	-.115	-.126	.052	-.216
	pvalor	.556	.517	.478	.771	.219

** p<.001 Correlação estatisticamente significativa

* p<.005 Correlação estatisticamente significativa

Relativamente à tabela 8, observa-se que quando controlado a variável idade a relação manteve-se igualmente negativa entre espiritualidade e a qualidade de vida nas dimensões física (rs = -.392; p=.022), Psicológica (rs = -.447; p=.008) e ambiente (rs = -.442; p=.009).

De destacar, que aquando controlado a idade a espiritualidade não se relaciona com a dimensão relações sociais, bem como não existe correlação entre a identificação religiosa e a qualidade de vida.

Tabela 9 - Correlação (Spearman) entre Espiritualidade/Religiosidade e Dimensões da Qualidade de vida. Variável controlada: Escolarização

Variáveis		Dimensão	Dimensão	Dimensão	Dimensão	Dimensão
		Global	Física	Psicológica	R.Sociais	Ambiente
Espiritualidade	rs	-.057	-.298	-.476**	-.113	-.431*
	pvalor	.750	.087	.004	.523	.011
Identificação Religiosa	rs	.144	-.013	-.117	.077	-.180
	pvalor	.418	.944	.511	.663	.310

Observando a tabela 9 verifica-se que quando controlando a variável escolaridade a relação manteve-se igualmente negativa entre espiritualidade e a qualidade de vida mas somente nas dimensões Psicológica ($r_s = -.476$; $p=.004$) e ambiente ($r_s = -.431$; $p=.011$).

Quanto à relação entre espiritualidade e qualidade de vida nas dimensões global, física e relações sociais, assim como identificação religiosa e todas as dimensões da qualidade de vida não se verificou uma correlação estatisticamente significativa.

Como se pode verificar, nenhuma das variáveis controladas (sexo, idade, escolaridade) alterou significativamente a correlação Espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida para que possamos concluir que têm efeitos significativos nessa correlação. Como tal não se confirmam as hipóteses H2, H3, e H4.

A qualidade de vida associada ao envelhecimento está dependente do contexto e das circunstâncias a que cada indivíduo está sujeito. O estilo de vida adotado, as condições pessoais particulares (posição social, idade ou género) e os fatores sociodemográficos aparecem, em estudos recentes, como os fatores que melhor explicam as diferenças inter-individuais da qualidade de vida na população idosa (Fortunato, 2010).

Em síntese a relação entre qualidade de vida e religiosidade/espiritualidade podem ser negativas quando a religiosidade provoca sentimentos de culpa, castigo e abandono por Deus.

Capítulo IV

1. Discussão de Resultados

Muitas das investigações que estudaram a relação entre espiritualidade/ religiosidade e qualidade de vida, em contextos de doença, apresentaram relações positivas e significativas entre essas variáveis. Mas há também investigações que encontraram correlações negativas. Concretizemos:

De acordo com, Abdala e Rodrigues (2009), ao longo do século XX, mais de 850 artigos foram publicados referindo, a sua maioria, uma associação positiva entre maiores níveis de envolvimento religioso e um aumento do bem-estar físico e psicológico, promovendo ainda estilos de vida mais saudáveis e um aumento de qualidade de vida.

Tal como já referido no capítulo I, indícios de associação positiva entre a Qualidade de Vida (QV) e bem-estar espiritual são frequentemente encontrados em diferentes populações: Referimos o estudo de uma amostra multiétnica de 1.617 participantes (idade superior ou igual a 54,6 anos), aquando do desenvolvimento e da validação do instrumento FACIT-Sp (*The Functional Assessment of Chronic illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale*) (Peterman et al, 2002).

Outro estudo confirmou que a QV em pacientes com VIH positiva (n = 40, 80% homens; 25-54 anos) estava relacionada diretamente com a fé religiosa, afiliação religiosa e estado de saúde, que, com o nível socioeconómico contribuía positiva e significativamente para a pontuação de QV dos participantes no Quality of Life Index (QLI). Variáveis independentes como idade, etnia e género não contribuíram para o modelo de regressão (Flannelly e Inouye, 2001).

Num outro estudo, em 44 viúvas de vítimas de incêndio (idade superior ou igual a 37 anos), a maioria que se considerou religiosa, relatou uma QV mais estável nos últimos cinco anos após a morte dos maridos. Frequência religiosa, participação em eventos sociais e ser membro de alguma instituição religiosa, também estiveram ligados à maior estabilidade na QV (Bahr e Harvey, 1979).

A variável que se tem mostrado associada à QV é o coping religioso/espiritual (CRE), uso da religião, espiritualidade ou fé para lidar com o stress e os problemas de vida. Utilizando um índice global de QV (cinco itens graduados pelo observador em escala

Likert de 3 pontos) (Spitzer et al, 1981), Pargament et al, (1998), verificaram que numa amostra que contou com 551 idosos hospitalizados gravemente doentes, 256 pessoas vítimas do ataque da bomba em Oklahoma e 540 universitários que tinham sofrido eventos de vida stressantes, maior utilização de CRE positivo não se correlacionou com QV nem depressão. No entanto, maior utilização do CRE negativo correlacionou-se moderadamente com níveis piores de QV e maiores de depressão.

Num estudo efetuado por Townsed, Kladder, Ayele e Mulling (2002, cit. in Feliciano, s.d.) parece existir uma relação inversa entre as práticas religiosas e a mortalidade, verificando-se uma redução em cerca de 25%. Estas conclusões estão de acordo com estudos relativos à relação entre religião/espiritualidade com melhores prognósticos na recuperação da doença (Koenig, McCollough & Larson, 2001, cit. in Abdala & Rodrigues, 2009; Mueller, Plevak & Rummans, 2001, cit. in Feliciano), e de maior longevidade com manutenção de capacidades (Mueller, Plevak & Rummans, 2001, cit. in Feliciano).

Abernethy, Chang, Seidlitz, Evinger & Duberstein (2002), realizaram um estudo, no qual concluíram que existia uma associação significativa entre mecanismos de coping religiosos e depressão. Assim sendo, os companheiros que apresentavam níveis moderados de estratégias de *coping* religiosas (por exemplo: rezar, encontrar conforto na fé, obter apoio dos membros da igreja), apresentavam menores níveis de depressão, do que aqueles que usavam baixos ou elevados níveis daquelas estratégias.

Mas como foi referido, há também estudos que referem uma relação negativa: Pargament et al, (1998), concluíram que a religião/espiritualidade pode ser fonte de alívio ou desconforto, de solução de problemas ou causa de *stress*, dependendo como a pessoa se relaciona com ela, ou seja, se se utiliza estratégias de CRE positivo ou negativo. O CRE foi preditor de resultados espirituais e mudanças na saúde mental e física, num estudo de dois anos, onde a amostra eram idosos hospitalizados com 268 respondentes (29,5% mortos, 25,5% perda).

Assim o CRE positivo esteve associado a melhoras na saúde e o CRE negativo foi preditor retrospectivo do declínio na saúde, desfechos espirituais limitados, pior *status* funcional em atividades de vida diária, maior depressão e menor QV.

Pargment et al, (2001), concluíram que em função do uso do CRE negativo, pacientes que se debatem continuamente com questões religiosas podem estar particularmente em risco para problemas de saúde.

2. Comparação com outros Estudos

Embora os estudos referidos tenham sido efetuados num contexto de doença, o contexto de institucionalização da presente amostra apresenta muitas semelhanças, uma vez que traduz uma população marcada por doenças e perdas irreversíveis, limitadoras da autonomia. Por isso à semelhança do que foi referido, também relativamente a esta população as correlações entre religiosidade/espiritualidade e qualidade de vida podem ser positivas ou negativas. E são negativas quando a religiosidade provoca sentimentos de culpa, castigo e abandono por Deus. Talvez isto explique os resultados obtidos na nossa amostra.

Tendo em conta o estudo da influência das variáveis idade, sexo e escolaridade na correlação entre espiritualidade/religiosidade e qualidade de vida dos participantes, verificamos que as correlações mantem-se negativas, no entanto só se relaciona com as dimensões física, psicológica e ambiente quando controlado pelas variáveis sexo e idade, enquanto, quando controlado por escolarização somente nas dimensões psicológicas e ambiente se encontra relacionadas

Talvez isto se explique porque a noção de espiritualidade é algo mais geral, mais pessoal, mais subjetivo, mais ligado ao sentido de vida e não a ritos ou instituições religiosas.

Capítulo V

1. Conclusões

Esta investigação tinha como finalidade verificar se a espiritualidade/religiosidade se relacionam com a qualidade de vida em idosos institucionalizados. Como acabamos de ver pelos resultados inferenciais, podemos concluir que existe uma correlação negativa e significativa entre Espiritualidade/Religiosidade e Qualidade de vida. Tentamos encontrar uma explicação para tal e de acordo com outras investigações talvez possamos concluir que isso se deve à forma como vivenciam e percebem a religião/espiritualidade. A relação entre qualidade de vida e religiosidade/espiritualidade podem ser negativas quando a religiosidade provoca sentimentos de culpa, castigo e abandono por Deus.

Através da revisão bibliográfica efetuada, conseguimos perceber que a religiosidade e a espiritualidade pode ser um fator muito importante na qualidade de vida das pessoas, em situações de vida mais difíceis como é a vida de lar ou residência de idosos. A “fé” dá-lhes um sentido para continuar a lutar pelas suas próprias vidas. Assim, podemos dizer que a espiritualidade e a religiosidade poderão muitas vezes ser usadas como estratégias de *coping* para lidarem com as perdas que a institucionalização provoca (perda de autonomia, perda dos papéis social, profissional e até familiar) e doenças que possam surgir. Ao nível da ajuda, o técnico poderá entender estes valores espirituais e religiosos, como uma mais-valia para ajudar o paciente a lidar com este tipo de perdas.

Como foi referido anteriormente, num estudo dos Estados Unidos, 94% da população acredita em Deus, 88% acredita que a religião é importante nas suas vidas (Gallup, 1994; Shorto, 1997, cit. in Hill, 2000). É importante referir que estes pacientes revelaram que gostariam que os seus médicos tivessem falado com eles, sobre os aspetos espirituais das suas doenças (Miller, Thorensen, 2003 cit. in Williams & Sternthal, 2007), sendo isto concordante com os estudos que indicam que 79% dos adultos Americanos acreditam que a fé espiritual pode ajudar as pessoas a recuperarem da doença (McNicol T., 1996, cit. in Williams & Sternthal, 2007).

Pensamos que seria muito importante continuar este estudo, melhorando a amostra não só em quantidade (amostra mais significativa em termos de número) como em qualidade (variáveis sociodemográficas mais diferenciadas em termos de género, cultura, estado civil e profissão).

Mas seria extraordinariamente importante aprofundar a forma como os idosos institucionalizados vivenciam a sua religiosidade/espiritualidade. Afigura-se-nos que vivem uma espiritualidade marcada pela culpa e pelo abandono.

Seria também muito importante recorrer a grupos de controlo (idosos internados e não internados; religiosos e não religiosos.).

De qualquer forma, pensamos que estes resultados serão uma mais-valia para a Psicologia não só do ponto de vista teórico como prático.

Em termos teóricos permitiram amadurecer os conhecimentos relativos à relação espiritualidade qualidade de vida em idosos institucionalizados. Ficamos conscientes que essa relação dependerá muito do tipo de espiritualidade/religiosidade que é vivenciada pelo participante.

No tocante à prática, permitirão ajudar os cuidadores de idosos a utilizar o fator espiritualidade/ religiosidade da forma a gerar maior qualidade de vida no contexto de lares ou residências de idosos.

No geral o investigador teve algumas dificuldades nomeadamente na comunicação com os idosos institucionalizados, uma vez que uma grande percentagem de idosos tem hipoacusia e dificuldades acentuadas na acuidade visual o que dificultou a comunicação e preenchimento dos questionários. Também o tempo que investigador teve que dispor para se deslocar aos lares foi muito curto, uma vez que o mesmo trabalha e não tinha grande disponibilidade de tempo, mas a motivação, o anseio de conhecimento, e o término da investigação compensaram.

Concluo dizendo que esta investigação possibilitou uma maior aprendizagem sobre os temas abordados, pois ao aprofundar os temas ficamos com uma visão mais ampla da da ancianidade, espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida.

Bibliografia

- Abdala, G. A., Rodrigues, W. G.; Brasil, M. S. & Torres, A. (2009). A Religiosidade/Espiritualidade como Influência Positiva na Abstinência, Redução e/ou Abandono do Uso de Drogas. *Revista das Faculdades Adventistas da Bahia*, 2 (3). Formadores: vivências e estudos, Cachoeira;
- Abernethy, A. D., Chang, T., Seidlitz, L., Evinger, J. S. & Duberstein, P. R. (2002). Religious coping and depression among spouses of people with lung cancer. *Psychosomatics*, Vol. 43 (6): 456-464;
- Almeida, A., (2008). A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares: Aspectos e contextos da Qualidade de Vida. (Dissertação). Porto; 2008;
- American Cancer Society. (2006). *Cancer facts & figures 2006*. Atlanta: American Cancer Society;
- Amorim, M. I. S. P. L. (1999). Qualidade de vida na doença crónica: um estudo em diabéticos não insulino-dependentes. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
- Anagnostopoulos, F., Vaslamatzis, G. & Markidis, M. (2004). Coping strategies of women with Breast Cancer: a comparison of patients with healthy and benign controls. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol. 73 (1): 43-52;
- Angerami-Camon, V.A. (1996). *E a Psicologia entrou no Hospital*. (1.ª ed.). São Paulo: Cengage;
- Angerami-Camon, V.A. (2010). *Psicologia Hospitalar*. (1.ªed.). São Paulo: Cengage;
- Associação Psiquiátrica Americana. (2002). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi (Obra original publicada em 2000);
- Bahar, H. M.; Harvey, C. D. (1979). Widowhood and perceptions of change in quality of life: evidence from the Sunshine Mine Widows. *Journal of Comparative Family Studies*. 10: 411-428;
- Bayés, R. (1994). Evaluacion de aspectos conductuales y biológicos en Psicología de la Salud. Madrid: Ed. R Fernandez Ballesteros, 618-615;

Berlim, M. T. & Fleck, M. P. A. (2003). Quality of live: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 25:4, 249-52;

Biel J. *Gestão de Custos com Medicamentos, Aptidão Física Funcional e Qualidade de Vida em Idosos Institucionalizados do Concelho de Leiria*. [Dissertation]. Coimbra, 2011 (não editada);

Bigatti, S. M., Wagner, C. D. (2003). Psychosocial consequences of breast cancer for patients and families. *Psychology Science*, Vol. 45:75;

Bowling, A. (1995). *La medida de la salud: revision de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona: Masson;

Carneiro L, Klüppel B. (2008). *Estudo da Relação entre Qualidade de Vida e Espiritualidade em Idosos*. CCHLA/UFPB;

Carreteiro, R. (2003). *A Morte e o Luto – Quando chega a hora da partida*. [Online]. Artigo publicado no semanário *Vida Ribatejana*. In: [http\:\:www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt) (Setembro de 2014);

Castro, O. (2011). Reflexões em torno da autonomia e autonomização. *Revista / Ensino Superior 41 - Revista do SNESup.*, pp 8-18.: Julho - Agosto - Setembro 2011;

Castéllon,A. (2003) *Calidad de vida en la atención al mayor.*. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. 13, 3: 188-192.

Capitan, E. M. (1996). *La calidad de vida del enfermo neoplásico*. In *Tratado de medicina paliativa Y tratamiento de soporte en el enfermocon cancer*. Madrid: Editorial Panamericana, 68-73;

Capelas, M. L. (2014). *Indicadores De Qualidade Para Serviços De Cuidados Paliativos*. Lisboa: Ed. Universidade Católica;

Caporicci S, Neto M. *Estudo Comparativo de Idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida*. *Motricidade*, Vol.7, n.2, pp. 15-24; 2011.

Cavagli, F. & Pires, A. M. & Arriaga, F. (2001). Antecipação e qualidade de vida na depressão: dois conceitos cognitivos? *Acta Médica Portuguesa*. 14, 473-478;

- Cella, D.; Brady, M. J.; Petterman, A. H.; Fitchett, G. A. (1998). Case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-oncology*. 8: 417-428;
- The WHOQOL Group (2014) *Chronic diseases* Geneva, World Health Organization http://www.who.int/topics/chronic_disease/en [accedido em Abril de 2014];
- Costa, A. P., Othero, M. B. (2014). *Reabilitação em Cuidados Paliativos*. Loures. Ed. Lusodidacta;
- Cramer, J. (1994). Quality of life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics*. 12:1, 1-13;
- Edelman, S., Craig, A. & Kidman, A. (2000). Can psychotherapy increase the survival time of cancer patients? *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 49: 149-156;
- Esteve, M. E. & Rocca, J. (1997). Calidad de vida relacionada com la salud: un nuevo parâmetro a tener en cuenta. *Med. Clin*. 108, 458-459;
- Esteves, R. (2004). *Enfermagem Oncológica*. (1.^a edição). Coimbra. Formasau - Edições Vitais;
- Faria, J. B., Seidl, E. F. (2005). Religiosidade e Enfrentamento em contextos de Saúde e Doença. *Universidade de Brasília. Psicologia: reflexão e Crítica*, 18 (3), pp. 381-389;
- Feliciano, S. (s.d.), 2008. Qualidade na Saúde: Dificuldades inerentes à diversidade étnica, cultural e religiosa. *Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção Atelier: Saúde*;
- Ferris, A. L. (2002). Religion and the quality of life. *Journal of Happiness Studies*. 3(3): 199-215;
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e sociedade*. Oeiras: Celta Editora;
- Ferreira A. (2009). *A Qualidade de Vida em Idosos em Diferentes Contextos Habitacionais: A Perspectiva do Próprio e do Seu Cuidador*[Dissertation]. Lisboa;
- Fernández G et al. (2007). El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. *Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores*, n.74, 2007;

Figueiredo, D. (2007). Cuidados familiares ao idoso dependente. Lisboa: Climepsi Editores. (Pereira e Barata, 1997);

Figueira, A. (2010). Qualidade de Vida e Espiritualidade em Pessoas Idosas .Aveiro: Climepsi Editores;

Fontaire, R. (2000). Psicologia do Envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores;

Fonseca, A. (2004). Uma Abordagem psicológica da passagem à reforma: Desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação. Tese de Doutoramento, Instituto Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto;

Fonseca, A.M., (2005b). Desenvolvimento humano e envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores;

Fonseca, A. (2006). Desenvolvimento Humano e Envelhecimento. (2.^aed.). Lisboa: Climepsi Editores;

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Fortunato, P. Simões, F. Envelhecer bem: um estudo sobre qualidade de vida e espiritualidade. [Dissertation]. (não editada). Aveiro, 2010;

Flannelly, L.; Inouye, J. (2001). Relationships of religion, health status and socioeconomic status to the quality of life of individuals who are HIV positive. *Issues in Mental Health Nursing*. 22(3): 253-272;

Gioiella, M. E.; Berkman, B.; Robinson, M. (1998). Spirituality and quality of life in gynecologic oncology patients. *Cancer Practice*. 6(6): 333-338;

Guyatt, G. H. & Jaeschke, R. (1990). Measurements in clinical trials: choosing the appropriate approach In B. Spilker (Ed). *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press, 37-45;

Henderson, P. D., Fogel, J. & Edwards, Q. T. (2003). Coping strategies among African American women with breast cancer. *Southern Online Journal of Nursing Research*, Vol. 4 (3);

Hennezel, M. (2005). *Diálogo com a morte*. (6.^a ed.). (J. C. González, Trad.). Lisboa: Notícias Editorial;

Hill, P. C.; Pargament, K. I.; Hood Jr, R. W.; Mccullough, M. E.; Swyers, J. P.; Larson D. B.; Zinnbauer, B. J. (2000). Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Jornal for the Theory of Social Behavior*. 30:1. 0021-8308;

Hopkins, A. (1992). How might measures of quality of life be useful to me as a clinician? In Anthony Hopkins (Eds). *Measures of the quality of life and the uses to wich such measures may be put*, 1-13. London;

Imaginário, C., (2008). *O Idoso Dependente Em Contexto Familiar*. (2^a Ed) Coimbra, Formação e Saúde, Lda;

Kubler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes* (8^a ed). São Paulo: Martins Fontes;

Kyngas, H., Mikkonen, R., Nousiainen, E-M., Ryttilahti, M., Seppanen, P., Vaattovaara, R. & Jamsa, T. (2001). Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *European journal of Cancer Care*, Vol. 10 (1): 6-11;

Lopez, J. A. F. & Mejia, R. H. & Espinar, A.C. (1996). La calidad de vida: un tema de investigacion necessário: concepto y método (I). *Medicina Integral*. 27:2, 75-78;

Lopez, J.A.F. & Mejia, R. H. & Espinar, A.C. (1996). La calidad de vida: un tema de investigacion necessário: validezy beneficios (II). *Medicina Integral*. 27:3, 116-121;

Machado, L. S. Almeida & Gonçalves (Org.). *Provas Psicológicas em Portugal*. Coimbra: Almedina;

Mailloux-Poirier, D. (1995). As Teorias do envelhecimento. In L. Berger & D. Mailloux-Poirier (Coord), *Pessoas Idosas. Uma abordagem global* (pp.99-106). Loures: Lusodidacta.

Martins, J. (2005). *Questionário de Avaliação do Sobrenatural (QAS)*. ISMAI: UNIDEP: Linha de Investigação Sobrenatural e Saúde;

- Meneses, R. & Ribeiro, J. L. (2000). Como ser saudável com uma doença crónica: algumas palavras orientadoras de acção. *Análise Psicológica*. 4: XVIII, 523-528;
- Meneses, R. F. & Ribeiro, J. P. & Silva, A. M. (2002). Revisão da literatura sobre a avaliação da Qualidade de Vida (QDV) de adultos com epilepsia. I: dificuldade na abordagem do tema. *Psicologia: saúde & Doença*. 3:1, 61-88;
- Michelle J. N., Sonia S. L., e Elliot, B., (2007). Psychological adjustment in children and families living with HIV. *Journal of Pediatric Psychology* 32 (2) 123-131;
- Miller, W. & Thorensen, C. (2003). Spirituality, religion and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), 24-35;
- Muldoon, M. F. & Banger, S. D. & Flory, J. D. & Manuck, S. B. (1998). What are quality of life measurements measuring? *British Medical Journal*. 316, 542-547;
- National Center for Health Statistics definitions: health condition [web site]. Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention, 2014. <http://www.cdc.gov/nchs/dataawh/nchsdefs/healthcondition.htm> [acedido em Abril de 2014);
- Novaes, M. H. (1995). *Psicologia da Terceira idade: conquistas possíveis e rupturas necessárias*. Rio de Janeiro: Grypho;
- Novaes, M. H. (1995). *Psicologia da terceira idade: conquistas possíveis e rupturas necessárias*. Rio de Janeiro: Grypho;
- Oliveira, J. H. B. (1998). *Viver a Morte – Abordagem Antropológica e Psicológica*. Coimbra: Livraria Almedina;
- Oliveira, M., Luginger, S., Bernardo, A. & Brito, M. (2004). *Morte – Intervenção Psicológica Junto da Família do Doente Terminal (Tese de Licenciatura)*. [On-line]. In: <http://www.psicologia.com.pt>. (Setembro de 2014);
- Organização Mundial de Saúde (1985). *As metas da Saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. Génève: OMS;
- Osório, A. Requeijo (2007). *As pessoas idosas – contexto Social Intervenção educativa Horizontes Pedagógicos – Instituto Piaget*;

Panzini R et al. Qualidade de Vida e Espiritualidade. Rev. Psiq. Clín., 34(1)105:115,2007;

Pargament, K. I.; Smith, B. W.; Koenig, H. G.; Perez, L. M. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 37(4): 710-724;

Pargament, K. I.; Koenig, H. G.; Tarakeshwar, N.; Hahn, J. (2001). Religious struggle as predictor of mortality among medically ill elderly patients: a 2-year longitudinal study. *Archival of International Medicine*. 13(27): 1881-1885;

Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. (1ªed.). Lisboa: Climepsi Editores;

Pereira, S. M. (2010). *Cuidados Paliativos: Confronto com a Morte*. Ed. Universidade Católica;

Peres, J. P.; Simão, M. P.; Nasello, A. G. (2007). Espiritualidade, Religiosidade e Psicoterapia. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 34, supl. 1; 136-145;

Peterman, A. H.; Fitchett, G.; Brady, M. J.; Hernandez, L.; Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine*. 24(1): 49-58;

Petticrew, M., Bell, R. & Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrent in people with cancer: systematic review. *BMJ*, Vol. 9 (325) (7372): 1066;

Powell, L. H., Shahabi, L., Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality. Linkages to Physical Health. *American Psychologist*. 58 (1): 36-52;

Rebelo, J. (2006). *Desatar o nó do luto*. (2.ªed.). Cruz Quebrada: Casa das Letras;

Reynolds, P., Hurley, S., Torres, M., Jackson, J., Boyd, P., Chen, V. W. & Black/White Cancer Survival Study Group (2000). Use of coping strategies and breast cancer survival: results from the Black/White Cancer Survival Study. *American Journal of epidemiology*. Vol. 152 (10): 940-949;

- Ribeiro, J. L. P. (1993). Características psicológicas associadas à saúde em estudantes, jovens da cidade do Porto. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Porto;
- Ribeiro, J. P. L. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise psicológica*. XII: 2-3, 179-191;
- Ribeiro, J. L. P. (1997). A promoção da saúde e da Qualidade de Vida em pessoas com doenças crónicas In J. L. P. (Ed) *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Braga: Instituto de Psicologia Aplicada, 253-282;
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada;
- Rose, M. & Burkert, U. & Scholler, G. & Schirop, T. & Danzer, G. & Klapp, B. F. (1998). Determinants of the quality of life of patients with diabetes under intensified insulin therapy. *Diabetes Care*. 21: 11, 1876-1885;
- Saad, M.; Masiero, D.; Battistella, L. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica* 8 (3): 107-112;
- Santos, C. S. V. B., & Ribeiro, J. L. P. (2001). A qualidade de vida do doente oncológico: revisão bibliográfica. *Referência*. 7, 5-16;
- Sequeira, A., Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3(20):505-516;
- Sequeria, C., (2010). *Cuidar de Idosos Com Dependência Física e Mental*. Lisboa-Porto: Lidel, Edições Técnicas;;
- Serra, A. et al, (2006). Estudos Psicométricos de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(2):31-40;
- Silva. M. (2001). *Qualidade de vida no idoso institucionalizado em meio rural*. [Dissertação]. Bragança;
- Skevington, S. M. (2002). Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. *Quality of Life research*. 11: 135-144;

- Snoeck, F. J. (2000). Quality of life: a closer look at measuring patient`s well-being. *Diabetes spectrum*. 13:1, 24;
- Spilker, B. (1990). Introduction In B. Spilker (Ed). *Quality of Life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press, 3-9;
- Sprah, L. & Sostaric, M. (2004). Psychosocial coping strategies in cancer patients. *Radiol Oncol*, Vol. 38 (1): 35-42;
- Spritzer, W. O.; Dobson, A. J.; Chesterman, E.; Levi, J.; Shepherd, R.; Battista, R. N.; Catchlove, B. R. (1981). Measuring the quality of life of cancer patients. *Journal of Chronic Diseases*. 34: 585-597;
- Szaflarski, M.; Ritchey, P. N.; Leonard, A. C.; Mrus, J. M.; Peterman, A. H.; Ellison, C. G.; McCullough, M. E.; Tsevat, J. (2005). Modeling the Effects of Spirituality/Religion on Patients Perceptions of Living with HIV/AIDS. *Annual Meeting of the American Sociological Association in Philadelphia, PA,USA*;
- Testa, M. A. & Simonson, D. C. (1996). Assesment of Quality of Live outcomes. *The New England Journal of Medicine*. 334:13, 885-840;
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (3.^a edição). Lisboa. Climepsi Editores;
- Uchôa, E.; Vidal, J. M. (1994). *Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10 (4): 497-504, Out/Dez;
- Varni, J., Katz, E., Colegrove, R., Dolgin, M. (1993). The impact of social skills training on the adjustment of children with newly diagnosed cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 6, 751-767;
- Varni, J. e Wallander, J. (1988). Pediatric chronic disabilities: Hemophilia and spina bifida as examples. In D. K. Routh (Ed.), *Handbook of Pediatric Psychology* (pp. 190-221). New York: Guilford Press;
- Vieira, B. E. (2004). *Manual de Gerontologia, Um Guia Prático Para Profissionais, Cuidadores e Familiares*. (2^a Ed.) Revisada e Ampliada. Livraria e Editora Revinter Lda;

Volcan, S. M. A. (2003). Relationship between spiritual well-being and minor psychiatry disorders: a cross-sectional study. *Rev. Saúde Pública* 37 (4): 440-445;

WHOQL – The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties (1998). *Soc Sci Med* 46, 1569-1585;

Williams, D. R.; Sternthal; M. J. (2007). Spirituality, Religion and Health: evidence and research directions. *Spirituality and Health*. *MJA*; Volume 186, Number 10;

Walker, A. (2005). *Growing Older in Europe*. Maidenhead: Open University Press.

Zabalegui, A. (1999). Coping strategies and psychological distress in patients with advanced cancer. *Oncology Nursing Forum*, Vol. 26 (9).

Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado;

Anexo 2 – Questionário Sociodemográfico;

Anexo 3 – Questionário WHOQL-BREF.

Anexo 1 – Consentimento Informado

Declaração de Consentimento

Conforme a "Declaração de Helsinquia" da Associação Médica Mundial (Adoptada na 18ª Assembleia Geral da World Medical Association e rectificada pela ultima vez em 2000)

Eu, abaixo assinado _____ compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que achei necessárias.

Tomei conhecimento dos objectivos, métodos, benefícios previstos e o eventual desconforto, bem como da possibilidade de a qualquer momento poder desistir da minha participação.

_____, _____ de _____ de _____

(Localidade) (dia) (Mês) (Ano)

(Assinatura)

Pelo(s) Investigadores Responsáveis

Anexo 2 – Questionário Sociodemográfico

Questionário Sócio Demográfico

O questionário que se segue faz parte de uma investigação científica no âmbito de uma dissertação do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Universitário da Maia (ISMAI), e para a qual gostaríamos de pedir a sua colaboração.

As respostas são totalmente ANÓNIMAS e CONFIDENCIAIS, e serão apenas utilizadas no âmbito desta investigação.

Ao oposto de um teste ou exame, não há respostas certas ou erradas. Dentro do possível, responda com a maior sinceridade a todas as afirmações.

Agradecemos desde já a sua colaboração e disponibilidade.

Pedimos-lhe o favor de responder às seguintes questões:

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____ anos Naturalidade _____

Estado civil: Solteiro/a Casado/a Viúvo/a

Divorciado/a União de fato _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Institucionalização:

- Há quanto tempo _____ Individual _____ Conjugal _____

- Motivo da Institucionalização:

- Opção pessoal _____ Dificuldades económicas _____ Falta de apoio familiar _____ Solidão _____ Perda de autonomia _____

Outras _____

- Tipo de Institucionalização: Internamento Centro de dia

- Que mais o (a) tem ajudado a viver neste contexto: O convívio _____ a ajuda dos técnicos _____ As atividades formativas _____ As atividades recreativas _____ Atividades religiosas _____

- O que o (a) tem ajudado mais a encontrar sentido para a vida nesta situação:

O diálogo com os outros _____ A crença nas promessas de Deus _____ O apoio afetivo dos outros. _____ Aceitação das perdas e dos limites _____

Anexo 3 – Questionário WHOQL-BREF

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ □ + □ + □			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			

DADOS PESSOAIS

A1	Idade	<input type="text"/>	anos	A2	Data de Nascimento	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
A3	Sexo	<input type="checkbox"/>	Masculino	A4	Escolaridade	<input type="checkbox"/>	Não sabe ler nem escrever			
		<input type="checkbox"/>	Feminino			<input type="checkbox"/>	Sabe ler e/ou escrever			
A5	Profissão	<input type="text"/>								
A6.1	Freguesia	<input type="text"/>								
A6.2	Concelho	<input type="text"/>								
A6.3	Distrito	<input type="text"/>								
A7	Estado Civil	<input type="checkbox"/>	Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Casado(a)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	União de facto	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Separado(a)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

B1a Está actualmente doente? Sim Não

B1b Que doença é que tem? _____

B2 Há quanto tempo? _____

B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

- 1. Auto-administrado
- 2. Assistido pelo entrevistador
- 3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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