



Maria Nazarete Soares da Silva Costa Catré

QUALIDADE DE VIDA, ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E CRENÇAS PESSOAIS: UM ESTUDO COM PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO

Tese de Doutoramento do Programa Inter-universitário
de Doutoramento em Psicologia, Especialidade em Psicologia da Educação,
orientada por Professor Doutor Joaquim Armando Ferreira e Doutora Teresa Pessoa
e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Setembro 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Tese de Doutoramento do Programa Inter-universitário de Doutoramento em Psicologia, Especialidade em Psicologia da Educação, pelas Faculdades de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra e Lisboa, orientada por Professor Doutor Joaquim Armando Ferreira e Doutora Teresa Pessoa, e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Setembro, 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TESE DE DOUTORAMENTO

Título	QUALIDADE DE VIDA, ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E CRENÇAS PESSOAIS: UM ESTUDO COM PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO
Ano	2016
Autora	Maria Nazarete Soares da Silva Costa Catré
Orientação	Professor Doutor Joaquim Armando Ferreira e Doutora Teresa Pessoa
Domínio científico	Psicologia
Especialidade	Psicologia da Educação
Curso	Programa Inter-universitário das Faculdades de Psicologia e Ciências da Educação de Lisboa e Coimbra
Instituição	Universidade de Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
Capa [foto]	Mão de Adão e de Deus. Pormenor do fresco “A Criação de Adão”, de Michelangelo Buonarotti. Teto da Capela Sistina, em Roma

Maria Nazarete Soares da Silva Costa Catré

**QUALIDADE DE VIDA, ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E CRENÇAS PESSOAIS:
UM ESTUDO COM PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO**

Deus,

meu rochedo, minha fortaleza

e meu libertador

(...) onde eu encontro o meu refúgio,

meu escudo, minha salvação.

SL 18, 3

Ao meu marido e às minhas filhas.

Comigo fizeram caminho,

apoiando-me sempre,

e incondicionalmente.

AGRADECIMENTOS

Ao longo de seis anos de trabalho, percorridos com avanços e recuos, muitos foram aqueles que me ajudaram a não perder a Esperança, contribuindo para a concretização da apresentação desta Dissertação de Doutoramento. As palavras são, por isso, insuficientes para conseguir expressar o meu profundo agradecimento por cada gesto, por cada palavra de incentivo. O mesmo se aplica a todos os que participaram, de forma generosa e gratuita, neste estudo, porque sem eles o mesmo não teria sido possível. Saliento, em particular, os vários grupos focais, com destaque os das Comunidades Religiosas que me acolheram, sem pré-conceitos.

Ao Professor Doutor Joaquim Armando Ferreira, orientador deste percurso, agradeço os permanentes desafios que me foi colocando, incluindo o deste trabalho, o estímulo, a partilha, as discussões teóricas, as suas opiniões sempre perspicazes e oportunas, o apoio no tratamento de dados, nas reuniões que tivemos, cujo valor é inestimável para a concretização desta Dissertação. Agradeço ainda que, perante o desagaste físico, emocional e psicológico, me tenha levado a acreditar que seria possível, ainda assim, concluir o que iniciei.

À Doutora Teresa Pessoa, orientadora deste trajeto, o meu agradecimento pelo seu acolhimento, pelo incentivo, por todo o apoio no arranque desta investigação, tornando possível, designadamente, a validação do WHOQOL-SRPB para Portugal, bem como a concretização do trabalho qualitativo com um dos grupos focais. Agradeço, também, a partilha e a escuta em muitos dos momentos cruciais, ao longo destes anos.

Ao Doutor Marco Pereira agradeço os muitos ensinamentos, o aperfeiçoamento técnico, bem como toda a sua infundável disponibilidade no trabalho realizado, algum já publicado.

À Dr^a Teresa Urbano pela sua gentileza e profissionalismo excedendo, em muito, as suas funções no cuidado e atenção para que eu conseguisse concluir este trabalho.

À minha mãe, pelo seu testemunho de coragem e de Fé e ao meu pai que, mesmo no seu silêncio, soube transmitir-me, entre outros, o valor do trabalho. A ambos serei eternamente grata por tudo e, sobretudo, pela pessoa que sou.

À minha irmã Cila, incansável no apoio que me prestou, sempre e de forma incondicional, o meu (e)terno agradecimento.

Aos meus irmãos, cunhados e cunhadas, sobrinhos e sobrinhas, agradeço toda a ajuda que cada um, à sua maneira, me concedeu.

Especialmente ao meu sobrinho Nuno, sempre generoso e disponível na sua ajuda, agradeço por ter tornado possível uma parte bastante considerável deste estudo.

À minha amiga e irmã do coração, Rita, que sempre largou “remos e barcos” por mim e ao Carlos, pela sua amizade e apoio. A ambos agradeço, também, por me terem ajudado, desde sempre, neste projeto, sobretudo na concretização de uma parte valiosa do mesmo, e por, nas circunstâncias mais difíceis, terem tido o gesto e a palavra certa, sem os quais não teria conseguido seguir em frente nos muitos momentos que tive, sobretudo nos de revés, ao longo deste caminho.

À Isabel Santos que iniciou, a par comigo, este trajeto de estudos e à Cristina Fernandes, ambas presentes em tantos dos momentos de embates, a minha gratidão pelo seu alento nesta caminhada.

À Carla Silva, colega desta longa jornada e amiga, agradeço por ter escutado os meus desabafos, mas também pelas muitas confidências que tivemos, pelos seus incentivos, pela partilha e pelo apoio e por, nesta etapa final, ter sido a “minha psicóloga”.

Ao meu amigo e poeta Paulo Ilharco, muito agradeço por ter revelado a “timoneira” que há em mim e por me transmitir outros sentires das palavras, numa altura penosa da minha vida [e.g., na palavra exiGENTE], em grande parte responsáveis, porque incentivadoras, pelo meu regresso aos estudos. Mais agradeço o facto de me ter prestado, entre outros, o auxílio técnico, neste trabalho, quando dele necessitei.

À Lurdes Carvalho, amiga corajosa, pelo apoio em muitas das batalhas, o meu agradecimento por ter estado sempre no momento certo, com a palavra oportuna e por me ter ajudado com a sua sabedoria e com a qualidade do seu trabalho.

À Laura Pereira, uma amiga presente, e sempre disponível, desde cedo neste projeto, agradeço, igualmente, por toda a ajuda técnica que me prestou.

Ao Padre António Coelho, o meu agradecimento pela sua amizade, pela sua escuta e solidariedade em momentos preciosos, sobretudo pelo seu apoio a este projeto através da partilha de livros da sua biblioteca particular.

À Vitória Marques, amiga de longa data, mesmo distante, esteve sempre perto. Agradeço toda a sua ajuda, acima de tudo no momento em que mais precisei para concretizar esta investigação.

À Teresa Lobo agradeço a sua extensíssima amizade, compreensão, partilha e a sua oração, assim como a sua disponibilidade e todo o contributo dado na consecução deste projeto.

À Júlia Coelho que partiu, mas deixou a marca da sua generosidade neste trabalho. O meu profundo e eterno agradecimento. Sem ela uma parte substancial desta investigação teria ficado comprometida.

Ao Professor Doutor Paulo Peixoto e esposa, à Sona Manilal, ao Sr. Kirit Bachu, ao Adelino Lopes, à Maria José Rovisco e ao Ricardo Guedes pela sua disponibilidade, acolhimento e ajuda, sem os quais este trabalho não teria saído tão enriquecido.

Muitos outros agradecimentos específicos poderiam aqui ter lugar, a tantos que demonstraram a sua amizade por mim. Também àqueles como Padres, Pastores e/ou outros Responsáveis pelas Comunidades religiosas, Órgãos de Direção dos Estabelecimentos Escolares, bem como às pessoas que ajudaram no recrutamento de sujeitos para este estudo e/ou inclusivamente participaram nele. *Todos ficarão para sempre na minha memória e no meu coração. Todos saberão, no seu íntimo, a quem falo. Todos, mesmo os que não acreditam, me fizeram sentir a presença de Deus, no mais ínfimo dos gestos gentis que tiveram para comigo.* Peço a compreensão para o facto de não nomear mais ninguém, por um lado porque encheria páginas e páginas e páginas com nomes de pessoas a quem gostaria de poder agradecer dessa forma e, por outro, porque correria, ainda assim, o risco de deixar alguém de fora. Fica, por isso, aqui, o meu reconhecimento à sua IMENSA GENEROSIDADE e um profundo e sincero agradecimento pelo seu acolhimento a este projeto.

A todos(as) ... MUITO OBRIGADA!

INDICE

ix		INDICE
xix		INDICE DE QUADROS E TABELAS
xxix		INDICE DE FIGURAS
xxxii		INDICE DE SIGLAS
xxxiii		ANEXOS
xxxv		RESUMO
xxxvii		ABSTRACT
1		INTRODUÇÃO GERAL
PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO		
Capítulo 1. Espiritualidade, Religião, Religiosidade e Crenças pessoais		
19		Introdução
20		Da exclusão à inclusão da Espiritualidade em Psicologia: do passado ao presente, uma perspetiva histórica
37		Conceptualização
<i>Espiritualidade</i>		
39		ESTUDO TEÓRICO - Espiritualidade: Contributos para uma clarificação do conceito
69		<i>Religião e religiosidade</i>
70		<i>Crenças pessoais</i>
72		Conclusão

Capítulo 2. Qualidade de vida e outras variáveis que lhe estão associadas e/ou a influenciam

75	Introdução
78	Qualidade de vida e saúde: a perspectiva da Organização Mundial de Saúde
80	Os vários domínios da qualidade de vida segundo a Organização Mundial de Saúde
83	A espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais como um dos domínios da qualidade de vida
87	A influência das variáveis sociodemográficas na qualidade de vida Outras variáveis que estão associadas e/ou influenciam a qualidade de vida
89	Depressão <i>Depressão e qualidade de vida</i> <i>A influência das variáveis sociodemográficas na depressão</i>
95	Coping religioso <i>Coping religioso, qualidade de vida, saúde e bem-estar</i> <i>Coping religioso e envolvimento religioso</i> <i>A influência das variáveis sociodemográficas no coping religioso</i>
99	Espiritualidade como Transcendência: a perspectiva de Ralph Piedmont <i>Espiritualidade como Transcendência, qualidade de vida e bem-estar</i> <i>Espiritualidade como Transcendência e variáveis sociodemográficas</i>
102	Envolvimento religioso <i>A influência das variáveis sociodemográficas no envolvimento religioso</i>
106	Orientação religiosa <i>A perspectiva de Alport e Ross: a orientação religiosa intrínseca e extrínseca</i> <i>A influência das variáveis sociodemográficas na orientação religiosa</i> <i>Envolvimento religioso, orientação religiosa e qualidade de vida</i>

- 113 | **Suporte social e suporte social religioso**
Tipos de suporte social
A especificidade do suporte social religioso
Suporte social, suporte social religioso e envolvimento religioso
Suporte social, suporte social religioso, qualidade de vida, saúde e bem-estar
A influência das variáveis sociodemográficas no suporte social religioso

- 123 | **Personalidade**
Personalidade, espiritualidade e religiosidade
Personalidade e depressão
Personalidade e qualidade de vida
A espiritualidade como sexto fator da personalidade
A influência das variáveis sociodemográficas na personalidade

- 131 | **Conclusão**

PARTE II. ESTUDOS EMPÍRICOS

- 141 | **Introdução**

1. Estudo de validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB

- 144 | **Etapas de validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB**

Etapas de validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB
Etapas de validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB

Etapas de validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB
Etapas de validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB

- 147 | **ESTUDO QUALITATIVO 1 - O domínio SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) do WHOQOL: O Estudo com grupos focais para validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB**

- 177 | **ESTUDO QUALITATIVO 2 – Especificidades do Instrumento de Qualidade de vida WHOQOL-SRPB (*Spirituality, religiousness and personal beliefs*): Desenvolvimento e características psicométricas das facetas adicionais da versão em Português Europeu**

ESTUDO QUALITATIVO 2 – Especificidades do Instrumento de Qualidade de vida WHOQOL-SRPB (*Spirituality, religiousness and personal beliefs*): Desenvolvimento e características psicométricas das facetas adicionais da versão em Português Europeu
ESTUDO QUALITATIVO 2 – Especificidades do Instrumento de Qualidade de vida WHOQOL-SRPB (*Spirituality, religiousness and personal beliefs*): Desenvolvimento e características psicométricas das facetas adicionais da versão em Português Europeu

ESTUDO QUALITATIVO 2 – Especificidades do Instrumento de Qualidade de vida WHOQOL-SRPB (*Spirituality, religiousness and personal beliefs*): Desenvolvimento e características psicométricas das facetas adicionais da versão em Português Europeu
ESTUDO QUALITATIVO 2 – Especificidades do Instrumento de Qualidade de vida WHOQOL-SRPB (*Spirituality, religiousness and personal beliefs*): Desenvolvimento e características psicométricas das facetas adicionais da versão em Português Europeu

215 | ESTUDO QUANTITATIVO - Validação para Português Europeu do Instrumento de Qualidade de vida WHOQOL-SRPB (*Spirituality, religiousness and personal beliefs*): Desenvolvimento e características psicométricas

2. Estudo dos restantes Instrumentos de medida

251 | **Estudo 1. WHOQOL-BREF**

Análise da consistência interna

Análise das intercorrelações

Análise da estrutura fatorial

258 | **Estudo 2. Domínio VI-SRPB do WHOQOL 100**

Análise da Consistência interna

261 | **Estudo 3. Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)**

Análise da consistência interna

Análise das intercorrelações

Análise da estrutura fatorial

267 | **Estudo 4. *Brief* RCOPE**

Análise da consistência interna

Análise das intercorrelações

Análise da estrutura fatorial

272 | **Estudo 5. *Assessment of Spirituality and Religious Sentiments* (ASPIRES)**

Análise da consistência interna

Análise das intercorrelações

Análise da estrutura fatorial

282 | **Estudo 6. *AGE UNIVERSAL I/E SCALE-12***

Análise da consistência interna

Análise das intercorrelações

Análise da estrutura fatorial

286 | **Estudo 7. *Multi-Faith Religious Support Scale (MFRSS)***

Análise da consistência interna

Análise das intercorrelações

Análise da estrutura fatorial

292 | **Estudo 8. *Big Five Inventory (BFI)***

Análise da consistência interna

Análise das intercorrelações

Análise da estrutura fatorial

299 | **Conclusão**

3. Estudo com Profissionais da Educação:

Qualidade de vida, Espiritualidade, Religiosidade e Crenças pessoais: Um Estudo com Profissionais da Educação

307 | **Introdução**

318 | **Método**

319 | **Hipóteses**

320 | **Participantes**

Seleção da Amostra

Caraterização da amostra

Afiliação religiosa, crenças pessoais e espirituais

325 | **Instrumentos**

WHOQOL-BREF

Domínio VI-SRPB do WHOQOL-100

WHOQOL-SRPB

Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)

Brief RCOPE

Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (SPIRES)

AGE UNIVERSAL I/E Scale-12

Multi-Faith Religious Support Scale (MFRSS)

Big Five Inventory (BFI)

331	Procedimentos
334	Análise de dados
336	Resultados
	Estudos diferenciais
337	Pessoal Docente e Não Docente Qualidade de vida (domínios e Faceta Geral do WHOQOL-BREF) Qualidade de vida espiritual (domínio VI-SRPB do WHOQOL-100) Qualidade de vida espiritual (facetas da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB) Depressão (sintomas depressivos do IACLIDE) <i>Coping</i> religioso (dimensões do <i>Brief RCOPE</i>) Espiritualidade como Transcendência (dimensões da STS do ASPIRES) Envolvimento religioso (dimensão da <i>Religious Sentiments</i> do ASPIRES) Orientação religiosa (dimensões do <i>AGE UNIVERSAL I/E Scale-12</i>) Suporte social religioso (dimensões do MFRSS) Personalidade (traços de personalidade do <i>BIG Five Inventory</i>)
343	Género Qualidade de vida (domínios e Faceta Geral do WHOQOL-BREF) Qualidade de vida espiritual (domínio VI-SRPB do WHOQOL-100) Qualidade de vida espiritual (facetas da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB) Depressão (sintomas depressivos do IACLIDE) <i>Coping</i> religioso (dimensões do <i>Brief RCOPE</i>) Espiritualidade como Transcendência (dimensões da STS do ASPIRES) Envolvimento religioso (dimensão da <i>Religious Sentiments</i> do ASPIRES) Orientação religiosa (dimensões do <i>AGE UNIVERSAL I/E Scale-12</i>) Suporte social religioso (dimensões do MFRSS) Personalidade (traços de personalidade do <i>BIG Five Inventory</i>)
350	Idade Qualidade de vida (domínios e Faceta Geral do WHOQOL-BREF) Qualidade de vida espiritual (domínio VI-SRPB do WHOQOL-100) Qualidade de vida espiritual (facetas da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB) Depressão (sintomas depressivos do IACLIDE) <i>Coping</i> religioso (dimensões do <i>Brief RCOPE</i>) Espiritualidade como Transcendência (dimensões da STS do ASPIRES) Envolvimento religioso (dimensão da <i>Religious Sentiments</i> do ASPIRES)

Orientação religiosa (dimensões do *AGE UNIVERSAL I/E Scale-12*)

Suporte social religioso (dimensões do MFRSS)

Personalidade (traços de personalidade do *BIG Five Inventory*)

357

Estado civil

Qualidade de vida (domínios e Faceta Geral do WHOQOL-BREF)

Qualidade de vida espiritual (domínio VI-SRPB do WHOQOL-100)

Qualidade de vida espiritual (facetas da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB)

Depressão (sintomas depressivos do IACLIDE)

Coping religioso (dimensões do *Brief RCOPE*)

Espiritualidade como Transcendência (dimensões da STS do ASPIRES)

Envolvimento religioso (dimensão da *Religious Sentiments* do ASPIRES)

Orientação religiosa (dimensões do *AGE UNIVERSAL I/E Scale-12*)

Suporte social religioso (dimensões do MFRSS)

Personalidade (traços de personalidade do *BIG Five Inventory*)

363

Nível de escolaridade

Qualidade de vida (domínios e Faceta Geral do WHOQOL-BREF)

Qualidade de vida espiritual (domínio VI-SRPB do WHOQOL-100)

Qualidade de vida espiritual (facetas da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB)

Depressão (sintomas depressivos do IACLIDE)

Coping religioso (dimensões do *Brief RCOPE*)

Espiritualidade como Transcendência (dimensões da STS do ASPIRES)

Envolvimento religioso (dimensão da *Religious Sentiments* do ASPIRES)

Orientação religiosa (dimensões do *AGE UNIVERSAL I/E Scale-12*)

Suporte social religioso (dimensões do MFRSS)

Personalidade (traços de personalidade do *BIG Five Inventory*)

372

Pessoa religiosa/crente/de fé

Qualidade de vida (domínios e Faceta Geral do WHOQOL-BREF)

Qualidade de vida espiritual (domínio VI-SRPB do WHOQOL-100)

Qualidade de vida espiritual (facetas da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB)

Depressão (sintomas depressivos do IACLIDE)

Coping religioso (dimensões do *Brief RCOPE*)

Espiritualidade como Transcendência (dimensões da STS do ASPIRES)

Envolvimento religioso (dimensão da *Religious Sentiments* do ASPIRES)

Orientação religiosa (dimensões do *AGE UNIVERSAL I/E Scale-12*)

Suporte social religioso (dimensões do MFRSS)

Personalidade (traços de personalidade do *BIG Five Inventory*)

380

Crenças pessoais fortes

Qualidade de vida (domínios e Faceta Geral do WHOQOL-BREF)

Qualidade de vida espiritual (domínio VI-SRPB do WHOQOL-100)

Qualidade de vida espiritual (facetas da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB)

Depressão (sintomas depressivos do IACLIDE)

Coping religioso (dimensões do *Brief RCOPE*)

Espiritualidade como Transcendência (dimensões da STS do ASPIRES)

Envolvimento religioso (dimensão da *Religious Sentiments* do ASPIRES)

Orientação religiosa (dimensões do *AGE UNIVERSAL I/E Scale-12*)

Suporte social religioso (dimensões do MFRSS)

Personalidade (traços de personalidade do *BIG Five Inventory*)

389

Presença de doença

Qualidade de vida (domínios e Faceta Geral do WHOQOL-BREF)

Qualidade de vida espiritual (domínio VI-SRPB do WHOQOL-100)

Qualidade de vida espiritual (facetas da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB)

Depressão (sintomas depressivos do IACLIDE)

Coping religioso (dimensões do *Brief RCOPE*)

Espiritualidade como Transcendência (dimensões da STS do ASPIRES)

Envolvimento religioso (dimensão da *Religious Sentiments* do ASPIRES)

Orientação religiosa (dimensões do *AGE UNIVERSAL I/E Scale-12*)

Suporte social religioso (dimensões do MFRSS)

Personalidade (traços de personalidade do *BIG Five Inventory*)

396

Perceção de saúde

Qualidade de vida (domínios e Faceta Geral do WHOQOL-BREF)

Qualidade de vida espiritual (domínio VI-SRPB do WHOQOL-100)

Qualidade de vida espiritual (facetas da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB)

Depressão (sintomas depressivos do IACLIDE)

Coping religioso (dimensões do *Brief RCOPE*)

Espiritualidade como Transcendência (dimensões da STS do ASPIRES)

Envolvimento religioso (dimensão da *Religious Sentiments* do ASPIRES)

Orientação religiosa (dimensões do *AGE UNIVERSAL I/E Scale-12*)

Suporte social religioso (dimensões do MFRSS)

Personalidade (traços de personalidade do *BIG Five Inventory*)

406	Estudos correlacionais
421	Estudos fatoriais
425	Estudos preditivos
431	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS
	Estudos diferenciais
	Estudos correlacionais
	Estudos fatoriais
	Estudos preditivos
	Conclusão
459	CONCLUSÃO FINAL
465	REFERÊNCIAS
492	LEGISLAÇÃO
493	ANEXOS

INDICE DE QUADROS E TABELAS

1. Estudo de validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB

ESTUDO QUALITATIVO 1

- 154 | **Quadro 1. Facetas e questões do WHOQOL-SRPB**
- 167 | **Quadro 2. Importância atribuída a cada uma das facetas**
- 168 | **Quadro 3. Médias e desvios-padrão para as oito facetas em função dos diferentes grupos focais**

ESTUDO QUALITATIVO 2

- 197 | **Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra e afiliação religiosa**
- 199 | **Tabela 2. Percepção de ser religioso(a)/crente/de fé e crenças espirituais e pessoais fortes**
- 202 | **Tabela 3. Correlação item-total e consistência interna das facetas SP9. Relação com os outros e SP10. Estilo de vida**
- 204 | **Tabela 4. Comparação dos resultados entre indivíduos saudáveis e doentes nas facetas SP9. Relação com os outros e SP10. Estilo de vida**

ESTUDO QUANTITATIVO

- 225 | **Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra**
- 226 | **Tabela 2. Afiliação religiosa, crenças espirituais e pessoais**
- 228 | **Tabela 3. Frequência do recurso a serviços religiosos e sentido de pertença a uma comunidade/congregação/associação/movimento religioso(a)**
- 234 | **Tabela 4. Características distribucionais e consistência interna das facetas do WHOQOL-SRPB**
- 235 | **Tabela 5. Matriz de correlações de Pearson entre os instrumentos de medida e as variáveis em estudo**
- 238 | **Tabela 6. Comparação das facetas do WHOQOL-SRPB em função da presença de doença e da autocaracterização como pessoa religiosa/crente/de fé**

1. Estudo dos restantes instrumentos de medida

255	Tabela 1. Estatísticas relativas à consistência interna dos domínios e dos itens do WHOQOL-BREF
256	Tabela 2. Coeficientes de correlação de Pearson entre os domínios e a Faceta Geral do WHOQOL-BREF
258	Tabela 3. Estrutura fatorial do WHOQOL-BREF após rotação varimax, forçada a quatro fatores
261	Tabela 4. Estatísticas relativas à consistência interna dos itens do domínio VI-SRPB do WHOQOL-100
263	Tabela 5. Estatísticas relativas à consistência interna dos itens do IACLIDE
265	Tabela 6. Coeficientes de correlação de Pearson entre as dimensões e o total do IACLIDE
266	Tabela 7. Estrutura fatorial do IACLIDE após rotação varimax, forçada a quatro fatores
270	Tabela 8. Estatísticas relativas à consistência interna das dimensões e dos itens do <i>Brief</i> RCOPE
271	Tabela 9. Estrutura fatorial do <i>Brief</i> RCOPE após rotação varimax, com normalização Kaiser
276	Tabela 10. Estatísticas relativas à consistência interna das dimensões e dos itens da <i>Religious Sentiments</i>
277	Tabela 11. Estatísticas relativas à consistência interna das dimensões e dos itens da <i>Spiritual Transcendence Scale</i>
278	Tabela 12. Coeficientes de correlação de Pearson entre as dimensões e o total da <i>Spiritual Transcendence Scale</i>
279	Tabela 13. Análise fatorial da <i>Religious Sentiments</i> após rotação varimax, normalização Kaiser forçada a dois fatores
281	Tabela 14. Análise fatorial da <i>Spiritual Transcendence Scale</i> após rotação varimax, normalização Kaiser forçada a dois fatores
284	Tabela 15. Estatísticas relativas à consistência interna das dimensões e itens da <i>AGE UNIVERSAL I-E Scale 12</i>
285	Tabela 16. Coeficientes de correlação de Pearson entre as dimensões e o total da <i>AGE UNIVERSAL I-E Scale 12</i>
286	Tabela 17. Análise da estrutura fatorial da <i>AGE UNIVERSAL I-E Scale-12</i> após rotação varimax, normalização Kaiser

289	Tabela 18. Estatísticas relativas à consistência interna das dimensões e itens da MFRSS
290	Tabela 19. Coeficientes de correlação de Pearson entre as dimensões e o total da MFRSS
292	Tabela 20. Estrutura fatorial da MFRSS após rotação varimax, com normalização Kaiser
294	Tabela 21. Estatísticas relativas à consistência interna das dimensões/traços e dos itens do BFI
296	Tabela 22. Coeficientes de correlação de Pearson entre as dimensões/traços de Personalidade do BFI
298	Tabela 23. Análise fatorial do BFI após rotação varimax, normalização Kaiser forçada a dois fatores

3. Estudo com Profissionais da Educação:

Qualidade de vida, Espiritualidade, Religiosidade e Crenças pessoais: Um Estudo com Profissionais da Educação

322	Tabela 24. Características sociodemográficas da amostra
323	Tabela 25. Afiliação religiosa, autocaraterização como pessoa religiosa/ /crente/de fé, crenças espirituais e pessoais
325	Tabela 26. Frequência do recurso a serviços religiosos e sentido de pertença a uma comunidade/congregação/associação/movimento religioso(a)

Estudos diferenciais

337	Tabela 27. Comparação dos domínios e Faceta Geral do WHOQL-BREF em função de ser pessoal Docente ou Não Docente
338	Tabela 28. Comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função de ser pessoal docente ou não docente
339	Tabela 29. Comparação das facetas do WHOQOL-SRPB em função de ser pessoal docente ou não docente
339	Tabela 30. Comparação dos sintomas depressivos do IACLIDE em função de ser pessoal docente ou não docente
340	Tabela 31. Comparação do <i>coping</i> religioso positivo e <i>coping</i> religioso negativo do <i>Brief</i> RCOPE em função de ser pessoal docente ou não docente

341	Tabela 32. Comparação das dimensões do ASPIRES em função de ser pessoal docente ou não docente
342	Tabela 33. Comparação das dimensões do <i>AGE UNIVERSAL I-E Scale-12</i> em função de ser pessoal docente ou não docente
342	Tabela 34. Comparação das dimensões do suporte social religioso (MFRSS) em função de ser pessoal docente ou não docente
343	Tabela 35. Comparação dos traços de personalidade do <i>Big Five Inventory</i> em função de ser pessoal docente ou não docente
344	Tabela 36. Comparação dos domínios e da Faceta Geral do WHOQL-BREF em função do género
344	Tabela 37. Comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função do género
345	Tabela 38. Comparação das facetas do WHOQOL-SRPB em função do género
346	Tabela 39. Comparação dos sintomas depressivos do IACLIDE em função do género
347	Tabela 40. Comparação do <i>coping</i> religioso positivo e <i>coping</i> religioso negativo do <i>Brief RCOPE</i> em função do género
348	Tabela 41. Comparação das dimensões do ASPIRES em função do género
349	Tabela 42. Comparação das dimensões do <i>AGE UNIVERSAL I-E Scale-12</i> em função do género
349	Tabela 43. Comparação das dimensões do MFRSS em função do género
350	Tabela 44. Comparação dos traços de personalidade do <i>Big Five Inventory</i> em função do género
351	Tabela 45. Comparação dos domínios e da Faceta Geral do WHOQL-BREF em função da categorização da idade
351	Tabela 46. Comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função da categorização da idade
352	Tabela 47. Comparação das facetas do WHOQOL-SRPB em função da categorização da idade
353	Tabela 48. Comparação dos sintomas depressivos do IACLIDE em função da categorização da idade

353	Tabela 49. Comparação do <i>coping</i> religioso positivo e <i>coping</i> religioso negativo do <i>Brief RCOPE</i> em função da categorização da idade
354	Tabela 50. Comparação das dimensões do <i>ASPIRES</i> em função da categorização da idade
355	Tabela 51. Comparação das dimensões do <i>AGE UNIVERSAL I-E Scale-12</i> em função da categorização da Idade
356	Tabela 52. Comparação das dimensões do <i>MFRSS</i> em função da categorização da idade
356	Tabela 53. Comparação dos traços de personalidade do <i>Big Five Inventory</i> em função da categorização da idade
357	Tabela 54. Comparação dos domínios e da Faceta Geral do <i>WHOQL-BREF</i> em função do estado civil
358	Tabela 55. Comparação do domínio VI - <i>SRPB</i> do <i>WHOQOL-100</i> em função do estado civil
358	Tabela 56. Comparação das facetas do <i>WHOQOL-SRPB</i> em função do estado civil
359	Tabela 57. Comparação dos sintomas depressivos do <i>IACLIDE</i> em função do estado civil
360	Tabela 58. Comparação do <i>coping</i> religioso Positivo e do <i>coping</i> religioso negativo do <i>Brief RCOPE</i> em função do estado civil
361	Tabela 59. Comparação das dimensões do <i>ASPIRES</i> em função do estado civil
362	Tabela 60. Comparação das dimensões do <i>AGE UNIVERSAL I-E Scale-12</i> em função do estado civil
362	Tabela 61. Comparação das dimensões do <i>MFRSS</i> em função do estado civil
363	Tabela 62. Comparação dos traços de personalidade do <i>Big Five Inventory</i> em função do estado civil
364	Tabela 63. Comparação dos domínios e da Faceta Geral do <i>WHOQL-BREF</i> em função do nível de escolaridade
365	Tabela 64. Comparação do domínio VI - <i>SRPB</i> do <i>WHOQOL-100</i> em função do nível de escolaridade
366	Tabela 65. Comparação das facetas do <i>WHOQOL-SRPB</i> em função do nível de escolaridade

- 367 | Tabela 66. Comparação dos sintomas depressivos do IACLIDE em função do nível de escolaridade
- 368 | Tabela 67. Comparação do *coping* religioso positivo e do *coping* religioso negativo do *Brief* RCOPE em função do nível de escolaridade
- 369 | Tabela 68. Comparação das dimensões do ASPIRES em função do nível de escolaridade
- 370 | Tabela 69. Comparação das dimensões do *AGE UNIVERSAL I-E Scale-12* em função do nível de escolaridade
- 371 | Tabela 70. Comparação das dimensões do MFRSS em função nível de escolaridade
- 371 | Tabela 71. Comparação dos traços de personalidade do *Big Five Inventory* em função do nível de escolaridade
- 372 | Tabela 72. Comparação dos domínios e da Faceta Geral do WHOQL-BREF em função da autocaraterização de pessoa religiosa/crente/de fé
- 373 | Tabela 73. Comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função da autocaraterização de pessoa religiosa/crente/de fé
- 374 | Tabela 74. Comparação das facetas do WHOQOL-SRPB em função da autocaraterização de pessoa religiosa/crente/de fé
- 375 | Tabela 75. Comparação dos sintomas depressivos do IACLIDE em função da autocaraterização de pessoa religiosa/crente/de fé
- 376 | Tabela 76. Comparação do *coping* religioso positivo e do *coping* religioso negativo do *Brief* RCOPE em função da autocaraterização de pessoa religiosa/crente/de fé
- 377 | Tabela 77. Comparação das dimensões do ASPIRES em função da autocaraterização de pessoa religiosa/crente/de fé
- 378 | Tabela 78. Comparação das dimensões do *AGE UNIVERSAL I-E Scale-12* em função da autocaraterização de pessoa religiosa/crente/de fé
- 379 | Tabela 79. Comparação das dimensões do MFRSS em função da autocaraterização de pessoa religiosa/crente/de fé
- 380 | Tabela 80. Comparação dos traços de personalidade do *Big Five Inventory* em função do nível de escolaridade da autocaraterização de pessoa religiosa/crente/de fé
- 381 | Tabela 81. Comparação dos domínios e da Faceta Geral do WHOQL-BREF em função das crenças pessoais fortes

- 381 | Tabela 82. Comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função das crenças pessoais fortes
- 383 | Tabela 83. Comparação das Facetas do WHOQOL-SRPB em função das crenças pessoais fortes
- 384 | Tabela 84. Comparação dos Sintomas depressivos do IACLIDE em função das crenças pessoais fortes
- 385 | Tabela 85. Comparação do *coping* religioso positivo e do *coping* religioso negativo do *Brief* RCOPE em função das crenças pessoais fortes
- 386 | Tabela 86. Comparação das dimensões do ASPIRES em função das crenças pessoais fortes
- 387 | Tabela 87. Comparação das dimensões do *AGE UNIVERSAL I-E Scale-12* em função das crenças pessoais fortes
- 388 | Tabela 88. Comparação das dimensões do MFRSS em função das crenças pessoais fortes
- 389 | Tabela 89. Comparação dos traços de personalidade do *Big Five Inventory* em função das crenças pessoais fortes
- 390 | Tabela 90. Comparação dos domínios e da Faceta Geral do WHOQL-BREF em função da presença de doença
- 390 | Tabela 91. Comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função da presença de doença
- 391 | Tabela 92. Comparação das facetas do WHOQOL-SRPB em função da presença de doença
- 392 | Tabela 93. Comparação dos sintomas depressivos do IACLIDE em função da presença de doença
- 392 | Tabela 94. Comparação do *coping* religioso positivo e do *coping* religioso negativo do *Brief* RCOPE em função da presença de doença
- 393 | Tabela 95. Comparação das dimensões do ASPIRES em função da presença de doença
- 394 | Tabela 96. Comparação das dimensões do *AGE UNIVERSAL I-E Scale-12* em função da presença de doença
- 395 | Tabela 97. Comparação das dimensões do MFRSS em função da presença de doença
- 396 | Tabela 98. Comparação dos traços de personalidade do *Big Five Inventory* em função da presença de doença

- 397 | Tabela 99. Comparação dos domínios e da Faceta Geral do WHOQOL-BREF em função da percepção de saúde
- 397 | Tabela 100. Comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função da percepção de saúde
- 398 | Tabela 101. Comparação das facetas do WHOQOL-SRPB em função da percepção de saúde
- 399 | Tabela 102. Comparação dos sintomas depressivos do IACLIDE em função da percepção de saúde
- 400 | Tabela 103. Comparação do *coping* religioso positivo e do *coping* religioso negativo do *Brief* RCOPE em função da percepção de saúde
- 401 | Tabela 104. Comparação das dimensões do ASPIRES em função da percepção de saúde
- 402 | Tabela 105. Comparação das dimensões do *AGE UNIVERSAL I-E Scale-12* em função da percepção de saúde
- 402 | Tabela 106. Comparação das dimensões do MFRSS em função da percepção de saúde
- 403 | Tabela 107. Comparação dos traços de personalidade do *Big Five Inventory* em função da percepção de saúde

Estudos correlacionais

- 408 | Tabela 108. Matriz das correlações de Pearson entre o WHOQOL-BREF e os restantes instrumentos de medida/variáveis em estudo e respetivos domínios/ facetas/dimensões
- 412 | Tabela 109. Matriz das correlações de Pearson entre o domínio VI do WHOQOL-100 e o Brief RCOPE, o envolvimento religioso e a STS do ASPIRES, o *AGE-UNIVERSAL-I/E Scale-12*, o MFRSS e respetivas dimensões
- 415 | Tabela 110. Matriz das correlações de Pearson entre o WHOQOL-SRPB e os restantes instrumentos de medida/variáveis em estudo e respetivos domínios/ facetas/dimensões
- 417 | Tabela 111. Matriz das correlações de Pearson entre o BFI, o domínio VI-WHOQOL-100, o envolvimento religioso do ASPIRES, o *AGE-UNIVERSAL-I/E Scale-12*, o MFRSS, o *Brief* RCOPE e respetivas dimensões
- 419 | Tabela 112. Matriz das correlações de Pearson entre o domínio VI do WHOQOL-100, o IACLIDE, o BFI e respetivas dimensões
- 421 | Tabela 113. Matriz das correlações de Pearson entre o BFI e a STS

Estudos fatoriais

422 | Tabela 114. Análise Fatorial do BFI e da STS após rotação varimax com normalização Kaiser

424 | Tabela 115. Análise Fatorial do BFI e da STS após rotação varimax com normalização Kaiser forçada a dois fatores

Estudos preditivos

426 | Tabela 116. Sumário da regressão para a percepção global da qualidade de vida

427 | Tabela 117. Coeficientes de regressão para a percepção global da qualidade de vida

428 | Tabela 118. Sumário da regressão para a percepção global da qualidade de vida

429 | Tabela 119. Coeficientes de regressão para a percepção global da qualidade de vida

431 | Tabela 120. Sumário da regressão para a qualidade de vida espiritual

431 | Tabela 121. Coeficientes de regressão para a qualidade de vida espiritual

ANEXOS

536 | Tabela D1. Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à qualidade de vida

541 | Tabela D2. Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à espiritualidade

545 | Tabela D3. Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à religiosidade

548 | Tabela D4. Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente às crenças pessoais

552 | Tabela D5. Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à Faceta SP1. *Ligação a um ser ou força espiritual*

555 | Tabela D6. Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à Faceta SP2. *Sentido da vida*

557 | Tabela D7. Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à Faceta SP3. *Admiração*

560	Tabela D8. Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à Faceta SP4. <i>Totalidade e Integração</i>
562	Tabela D9. Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à Faceta SP5. <i>Força espiritual</i>
564	Tabela D10. Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à Faceta SP6. <i>Paz interior/Serenidade/Harmonia</i>
566	Tabela D11. Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à Faceta SP7. <i>Esperança e Otimismo</i>
568	Tabela D12. Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à Faceta SP8. <i>Fé</i>
569	Tabela D13. Categorias, subcategorias e sua codificação inicial pelo Codificador 1
571	Tabela D14. Balanço das codificações efetuadas pelo Codificador 1 e pelo Codificador 2

INDICE DE FIGURAS

1. Estudo de validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB

ESTUDO QUALITATIVO 2

- 192 | **Figura 1. Questões e escalas de resposta da Faceta Portuguesa SP9. Relação com os outros**
- 193 | **Figura 2. Questões e escalas de resposta da Faceta Portuguesa SP10. Estilo de vida**

3. Estudo com Profissionais da Educação: *Qualidade de vida, Espiritualidade, Religiosidade e Crenças pessoais: Um Estudo com Profissionais da Educação*

Estudos fatoriais

- 423 | **Figura 1. *Scree Plot* da AFE do BFI e da STS em componentes principais rotação varimax com normalização Kaiser**
- 425 | **Figura 2. *Scree Plot* da AFE do BFI e da STS em componentes principais rotação varimax com normalização Kaiser, forçada a dois fatores**

INDICE DE SIGLAS

ASPIRES – *Assessment of Spirituality and Religious Sentiments*

BFI – *Big Five Inventory*

CRN - *Coping Religioso Negativo*

NRC – *Negative Religious Coping*

CRP – *Coping Religioso Positivo*

PRC- *Positive Religious Coping*

DGIDC - *Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular*

ECD – *Estatuto da Carreira Docente*

HIV - *Human Immunodeficiency Virus*

IACLIDE – *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*

KMO - *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*

MFRSS – *Multi-Faith Religious Social Support*

OIT – *Organização Internacional do Trabalho*

OMS – *Organização Mundial de Saúde*

QdV – *Qualidade de Vida*

ROS – *Religious Orientation Scales*

RS – *Religious Sentiments*

RSS – *Religious Support Scale*

SRPB – *Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*

STS – *Spiritual Transcendence Scale*

WHO - *World Health Organization*

WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life*

ANEXOS

- Anexo A** | Autorização da Organização Mundial de Saúde, na pessoa do Dr. Mark van Ommeren para utilização do WHOQOL-SRPB
- Estudo qualitativo com grupos focais**
- Anexo B** | Carta de apresentação do projeto dirigida a várias entidades, entre as quais, as Comunidades Religiosas, solicitando a sua participação no estudo com grupos focais e respetivo pedido de autorização
- Síntese do projeto enviado em anexo à carta de apresentação
- Anexo C** | Guião para condução dos grupos focais
- Consentimento informado para participação nos grupos focais
- Ficha de dados sociodemográficos
- Escala para aferir o grau de importância das facetas do WHOQOL-SRPB
- Anexo D** | Análise do conteúdo dos grupos focais
- Estudos quantitativos**
- Anexo E** | Autorizações dos autores dos instrumentos de medida
- Anexo F** | Autorizações das seguintes entidades:
- Comissão Nacional de Proteção de Dados
 - Direção Geral da Educação
- Anexo G** | Cartas de apresentação do projeto solicitando a sua participação e respetivo pedido de autorização dirigidas às seguintes entidades:
- Comunidades Religiosas
 - Estabelecimentos de Ensino
- Anexo H** | Informação relativa ao projeto de investigação
- Ficha de dados sociodemográficos

RESUMO

Este estudo compreende o estudo de validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB da Organização Mundial de Saúde, que avalia a qualidade de vida espiritual, e o estudo com profissionais da Educação, pessoal docente e não docente.

Partindo de uma visão holística do ser humano na sua multidimensionalidade *biopsicosocioespiritual*, pretendeu-se, com este estudo específico com profissionais da Educação, dar resposta a três grandes questões que foram as impulsionadoras desta nossa investigação: (1) Como avaliam os profissionais da Educação a *sua* qualidade de vida e a *sua* qualidade de vida espiritual? (2) Qual a associação que existe entre o domínio da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais [qualidade de vida espiritual] e os restantes domínios [físico, psicológico, das relações sociais e do ambiente] que avaliam a qualidade de vida dos profissionais da Educação?; e (3) Quais as variáveis que influenciam e/ou que se encontram associadas à qualidade de vida e à qualidade de vida espiritual dos profissionais da Educação?

Os resultados evidenciaram que quem professava uma Religião e se envolvia intrinsecamente nela revelou índices mais elevados de qualidade de vida espiritual.

Esses indivíduos foram ainda quem, neste estudo, percecionou maior suporte social religioso, sobretudo no que respeita ao suporte de Deus, recorrendo a estratégias de *coping* religioso positivo, com ganhos para a sua saúde mental uma vez que as referidas variáveis se apresentaram significativa e negativamente correlacionadas com a depressão.

Todas as variáveis estudadas estiveram, de algum modo, associadas à qualidade de vida dos profissionais da Educação: de forma positiva e significativa a qualidade de vida espiritual, a espiritualidade como Transcendência, o envolvimento religioso, o suporte social religioso e os seguintes traços de personalidade: extroversão, amabilidade, conscienciosidade e abertura à experiência; negativa e significativamente, a depressão, o *coping* religioso negativo, a orientação religiosa extrínseca e o traço de personalidade neuroticismo, este último intercorrelacionado positiva e significativamente com a depressão.

Duas variáveis sociodemográficas - a autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé e crenças pessoais fortes – assumiram especial relevância na diferenciação das variáveis em estudo, com os indivíduos Muito/Extremamente religiosos e com Muitas/Muitíssimas crenças pessoais a apresentarem índices mais elevados de qualidade de vida espiritual; de *coping* religioso positivo; de espiritualidade como Transcendência; de envolvimento religioso; de orientação religiosa intrínseca e extrínseca pessoal; de suporte social religioso; de amabilidade e de abertura à experiência.

Considerando que os profissionais da Educação desempenham uma profissão que, devido à sua complexidade, comporta riscos para a saúde dos indivíduos que a exercem, podendo conduzir, entre outras, à vivência do *stress* crónico ou *burnout* , este estudo aponta caminhos no sentido de, não só prevenir esse tipo de doenças, mas também de melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

Por outro lado, a importância dada, por esses profissionais, às questões relativas à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais revelaram que esta componente numinosa não pode ficar arredada dos estudos que versem sobre os mesmos.

Palavras-chave: qualidade de vida, qualidade de vida espiritual, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais

ABSTRACT

This study includes the validation of European Portuguese version of WHOQOL-SRPB instrument which evaluates the spiritual quality of life, and the study with Education professionals, teaching staff and non-teaching staff.

Starting from a holistic vision of the human being in its *biopsychosociospiritual* multidimensionality, we intend, through this specific study with Education professionals, to answer three big questions that drove our investigation: (1) How do Education Professionals evaluate *their* quality of life and *their* spiritual quality of life?; (2) What's the association between the domain of spirituality, religiousness and personal beliefs [spiritual life quality] and the remaining domains [physical, psychological, of social relationships and of the environment] that evaluate the quality of life of the Education professionals?; and (3) What are the variables that influence and/or are associated with the quality of life and spiritual quality of life of the Education professionals?

The results underline that those who professed a Religion and where involved in it intrinsically presented higher indexes of spiritual quality of life.

These same individuals were also the ones who, in this study, had more religious social support, especially in regard to God's support, resorting to positive religious coping, with gains for their mental health for the reason that those variables were, themselves, negatively related to depression.

All of the variables in this study were, in some way, associated with the quality of life of Education professionals: in a significant and positive way, the spiritual quality of life, the spirituality as Transcendence, the religious involvement, the religious social support and the following personality traits: extraversion, agreeableness, conscientiousness, neuroticism, and openness to experience; and in a negative and significant way, depression, negative religious coping, extrinsic religious orientation and the neuroticism personality trait, this last one correlated in a positive and significant way to depression.

Two socio-demographic variables - the self-characterization as a religious person/ believer/a person of faith and the strong personal beliefs - revealed an importance in to the differentiation of our study variables with individuals

Very/Extremely Religious and with Very/An extreme amount strong personal beliefs to present higher rates of spiritual quality life; positive religious coping; spirituality as Transcendence; religious involvement; intrinsic and extrinsic personal religious orientation; religious social support; and higher indexes of agreeableness and openness to experience.

Considering that the Education professionals have a profession that, because of its complexity, entails risks to the health of the individuals who exercise it, and that may lead, among others, to the experience of chronic stress or burnout, this study shows the way to, not only prevent such diseases, but also to improve the quality of life of those.

On the other hand, the importance given by these professionals to the questions regarding spirituality, religiousness and personal beliefs showed that this numinous component can't be away from the studies that focuses these subjects.

Keywords: quality of life, spiritual quality of life, spirituality, religiousness, and personal beliefs

Homem

Inútil definir este animal aflito.

Nem palavras,

nem cinzéis,

nem acordes,

nem pincéis são gargantas deste grito.

Universo em expansão.

Pincelada de zarcão

desde mais infinito a menos infinito.

Atónio Gedeão (1955)

INTRODUÇÃO GERAL

As questões da espiritualidade, da religiosidade e das crenças pessoais, levaram-nos a percorrer um longo caminho no sentido de as tentarmos perceber melhor, bem como aos constructos que têm a pretensão de captar a sua essência.

Recuámos historicamente, aos mais arcaicos níveis de cultura, até encontrarmos as primeiras manifestações de carácter religioso ou espiritual do ser humano. Assim, e ainda que sem qualquer possibilidade de se poder precisar a origem e o desenvolvimento das crenças e práticas religiosas do ser humano, porque não é possível fossilizar as crenças e as ideias (Eliade, 1978), determinando o momento exato do seu surgimento, apurámos que há uma unidade profunda e indivisível na História espiritual e religiosa da Humanidade (Jaspers, 2003; Lima Vaz, 2002), de que daremos apontamento.

Conforme poderemos constatar, é ainda no período pré-histórico que se atribuem ao ser humano as primeiras manifestações rituais que revelam crenças na imortalidade, como sejam a construção de sepulturas, a disposição das ossadas ou a sua conservação, a utilização de determinados materiais com que se salpicava os cadáveres (e.g., ocre vermelho que substituíra o sangue, símbolo da vida) ou as oferendas que se colocavam junto aos mortos (Arendt, 1995; Eliade, 1978; Jaspers, 2003).

Quando o ser humano adotou uma postura ereta, passou a diferenciar-se dos restantes animais; deixou de estar, diversamente destes, uno com a natureza. Este aspeto revelou-se crucial na sua evolução na medida em que essa postura permitiu-lhe criar um distanciamento em relação a essa mesma natureza, conduzindo-o, entre outras singularidades, ao questionamento (Arendt, 1995; Ferry & Vicent, 2003; May, 1977). Com essa capacidade de transcender a situação concreta, o ser humano tornou-se capaz de deslocar-se em relação a si próprio e de descobrir não só as suas capacidades, mas igualmente as suas limitações (Arendt, 1995; May, 1977; Piedmont, 2004); tornou-se próprio do ser humano a apreensão do tempo, a possibilidade de

conceber “o começo e o fim e interrogar-se sobre o que está antes do princípio e depois do fim” (Ferry & Vicent, 2003, p.131).

A cerimónia do enterro dos mortos, como salienta Ferry, em resposta a Comte-Sponville, “testemunha uma interrogação metafísica, uma distância relativamente à natureza (confundido com a natureza, o animal não a pode interrogar (...) o animal é um com a natureza. O homem é *dois*” (Comte-Sponville & Ferry, 2000, p. 67). É na morte do outro que o ser humano descobre a sua própria morte. E assim, apesar de vivo, torna-se consciente de que é um “vivo que passeia o seu cadáver” (Ferry & Vicent, 2003, p. 131).

Foi precisamente a vivência de uma dualidade que lhe é própria i.e., a capacidade de que ficou dotado de pensar por si e sobre si; ser, simultaneamente, sujeito e objeto, que fizeram com que o ser humano vivesse num dilema, desde os tempos mais remotos da Humanidade, tentando encontrar respostas para as suas interrogações, incluindo as existenciais (Arendt, 1995; Lima-Vaz, 2002; May, 1977). Este último aspeto tornar-se-ia vital e universal no ser humano, atravessando povos e culturas (Angerami-Camon, 2002; Fisher 2011; Piedmont, 2004; Piedmont & Leach, 2002; Vásquez, 2005). Nele se descobre, assim, a Transcendência: por um lado, é próprio de cada indivíduo ter essa capacidade em se transcender da realidade e em relação a si próprio (o que faz com que se interrogue, numa tentativa de encontrar, entre outros aspetos, um sentido para a vida e para a morte) e, por outro, associada a essa capacidade, existe outra: a da abertura ao Transcendente (Blanc, 1997; Barros de Oliveira, 1997; Lima Vaz, 2002; Piedmont, 2004) i.e., a algo Superior a ele, que o conduziu, desde cedo, a práticas espirituais e religiosas (Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, & Catré, 2016). Como refere Piedmont (2004):

Os seres humanos são as únicas criaturas que, aparentemente, estão conscientes da sua mortalidade. Perante esta realidade, cada um de nós tem que construir algum significado, propósito ou sentido para a vida. Todos nós nos questionamos «porque estou aqui? Que propósito tem a minha vida? Porque devo fazer as coisas que faço?» As respostas para estas questões marcam o andamento, a

tonalidade e a direção das nossas vidas (...) uma orientação espiritual é desenvolvida quando a resposta a estas questões também nos leva a desenvolver um sentido de transcendência espiritual (p. 214).

Esse *sentido de Transcendência espiritual*, traduzido depois nas práticas religiosas e nos rituais, indicia um *desejo* que o ser humano transporta dentro de si em ligar-se ao Sagrado, ao Divino, a *Algo Maior*. Como ser finito que é, abre-se, desse modo, ao Infinito. E isso tem sido, conforme salientam Piedmont e Leach (2002, p. 1889), “uma força constante nas sociedades humanas, ao longo dos tempos”, com implicações para o comportamento humano, individual e coletivo, nas mais variadas áreas do saber, ao longo de toda a História (Mueller, 1976a), na qual se inclui a de Portugal (Dix, 2010).

Apesar do fenómeno da secularização, trazido com o início do século XX, a importância da questão espiritual e religiosa permaneceu de tal modo relevante ao longo do tempo que foi, inclusivamente, objeto de proteção jurídica, desde logo ao nível dos Direitos Humanos. Pode ler-se, no artº 18º da Declaração Universal dos Direitos do Homem, que: “Toda pessoa tem direito à liberdade de pensamento, consciência e Religião; este direito inclui a liberdade de mudar de Religião ou crença e a liberdade de manifestar essa Religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletivamente, em público ou em particular”.

Também a Convenção Europeia dos Direitos do Homem, no seu art. 9.º, n.º 1, determina o seguinte: (1) qualquer pessoa tem direito à liberdade de pensamento, de consciência e de Religião; (2) este direito implica a liberdade de mudar de Religião ou de crença assim como a liberdade de manifestar a sua Religião ou a sua crença, individual ou colectivamente, em público ou em privado, por meio do culto, do ensino, de práticas e da celebração de ritos.

Pode ler-se, ainda, no artº 41º da Constituição da República Portuguesa que (1) A liberdade de consciência, Religião e culto é inviolável; (2) Ninguém pode ser perseguido, privado de direitos ou isento de obrigações ou deveres cívicos por causa das suas convicções ou prática religiosa; (3) As igrejas e comunidades religiosas (...) são livres na sua organização e no exercício das suas funções e do culto; e (4) É garantida a

liberdade de ensino de qualquer Religião praticado no âmbito da respetiva confissão, bem como a utilização de meios de comunicação social próprios para o prosseguimento das suas atividades.

As crenças pessoais, espirituais e religiosas foram ganhando de tal modo sustentação que a sua proteção jurídica ocorre, não somente em termos mais globais, mas também em aspetos específicos das vidas das pessoas. Veja-se o caso concreto do regime jurídico Português da sucessão testamentária, o qual prevê um normativo que protege a crença religiosa da existência da vida para além da morte e que se intitula “Disposições a favor da alma”. Encontramo-lo no artº 2224º do Código Civil. Nele se determina o seguinte: (1) É válida a disposição a favor da alma, quando o testador designe os bens que devem ser utilizados para esse fim, ou quando seja possível determinar a quantia necessária para tal efeito; e (2) A disposição a favor da alma constitui encargo que recai sobre o herdeiro ou o legatário.

Em suma, pode ver-se, do exposto, o quanto a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais e religiosas afetam o comportamento humano, quer individual, quer coletivamente a ponto de, não só serem objeto de estudo (e.g., Forcades, 2005; Hill et al., 2000; Secodin, 2002; Stuclyffe & Gilhus, 2014; Villiers, 1999; Zinnbauer et al., 1997), mas também de proteção jurídica, designadamente nos termos sobreditos.

Daremos conta, da investigação que fizemos, que a importância dada àquelas temáticas conheceu, no entanto, tempos de obscuridade ao longo da História da Humanidade mas que, ainda assim, o espiritual arranhou sempre formas de se manifestar, sobrevivendo ao longo dos tempos (Angerami-Camon, 2002; Secodin, 2002; Vásquez, 2005), culminando, no tempo presente, na aceitação de um modelo holístico, capaz de reconhecer todas as dimensões do ser humano: *biopsicosocioespirituais*. Para tal, em muito contribuíram, entre outras, as abordagens humanistas, existenciais e fenomenológicas nas Ciências Sociais e Humanas defendidas por um conjunto de autores [e.g., Abraham Maslow (1908/1970); Edmund Husserl (1859/1938); Jean-Paul Sartre (1905/1980); Karl Jaspers (1883/1969); Martin Heidegger (1889/1976); Maurice Merleau-Ponty (1908/1961); Michel Foucault

(1926/1984); Rollo May (1909/1994); Viktor Emil Frankl (1905/1997)] e, ainda, a visão de saúde preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (*Constitution of World Organization*, 1946, p.1).

Aquelas abordagens e esta visão de saúde concorreram para que se abandonasse, de vez, uma visão mecanicista do mundo e do *homo mechanicus*, transitando-se de um enfoque clínico - exclusivamente patogénico - para uma visão salutogénica da saúde i.é, para uma abordagem centrada no potencial humano de autodesenvolvimento, que valoriza a experiência e a vivência do indivíduo, aceitando-o como um todo.

Sem colocar em causa a sua cientificidade, a Psicologia iniciou, dessa forma, a par das outras Ciências Humanas e Sociais, um caminho que valoriza a unicidade de todas as dimensões do ser humano: física, psicológica, social e espiritual (Mueller, 1976b; Seligman, 2008).

Este nosso estudo parte, justamente, desta visão holística do ser humano.

O trabalho que apresentamos situa-se na linha de investigação do Grupo de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), conhecido como grupo WHOQOL - *World Health Organization Quality of Life* (Fleck, 2000; Skevington, Sartorius, Amir, & WHOQOL-Group, 2004). Esse grupo definiu a qualidade de vida (QdV) como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos e expectativas, padrões e preocupações” (Canavarro et al., 2007, p. 77) e assenta não só do ponto de vista do sujeito, mas também da complexa influência da saúde física, do estado psicológico, do nível de independência, das relações sociais, das crenças pessoais e das suas relações, com características salientes do respetivo meio, na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual (Canavarro et al., 2007; Saxena & Orley, 1997; WHOQOL Group, 1994, 1995, 1998).

Tendo por base a referida conceção de QdV, o Grupo WHOQOL desenvolveu um conjunto de instrumentos destinados à avaliação da QdV, os quais têm um carácter subjetivo e transcultural (WHOQOL Group, 1994, 1995, 1998), sendo dos poucos que

apresentam uma componente existencial (O'Connell & Skevington, 2005), porque se previram neles não só a avaliação dos domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais e ambiente, mas também o domínio da espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Este domínio, apareceu avaliado *ad initio* no WHOQOL-100, por quatro questões (domínio VI-SRPB do WHOQOL-100). Porém, segundo Fleck, Borges, Bolognesi, e Rocha (2003, p. 448), essas questões mostraram-se “insuficientes em testes de campo realizados em vários Centros”, tendo o domínio SRPB (*Spirituality, Religiouness e Personal Beliefs*) revelado, nesses testes de campo, ser um dos aspetos centrais da QdV das pessoas, quer de doentes, quer de profissionais de saúde, quer ainda de pessoas da comunidade em geral.

Consequentemente, o Grupo WHOQOL da OMS decidiu desenvolver um módulo específico para avaliar a espiritualidade/religiosidade /crenças pessoais dentro da perspetiva transcultural da QdV (Fleck, 2000; Fleck, Borges, Bolognesi, & Rocha, 2003; Fleck & Skevington, 2007; WHOQOL-SRPB Group, 2006). Esse módulo foi desenvolvido a partir dos itens que foram “sugeridos e recomendados por grupos focais como sendo aspetos (...) que faziam parte da sua qualidade de vida” (Fleck & Skevington, 2007, p. 147).

O estudo de desenvolvimento do novo instrumento de medida – o WHOQOL-SRPB - para avaliar especificamente o domínio SRPB (domínio da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais da QdV, adiante designado também por qualidade de vida espiritual), realizado por um grupo *ad hoc* da OMS (WHOQOL-SRPB Group), veio demonstrar o que alguns autores (Angerami-Camon, 2002; Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, & Catré, 2016; Fisher 2011; Piedmont & Leach, 2002; Vásquez, 2005) têm vindo a defender: que a espiritualidade faz parte da nossa condição humana, por mais que o queiramos negar, assumindo, além do mais, a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais um papel preponderante na QdV, saúde e bem-estar dos indivíduos (cf. Costa Catré et al., 2014; Fleck et al., 2003; Fisher, 2011; Koenig, King, & Carson, 2012; O'Connell & Skevington, 2010; Panzini, Maganha, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2011; Piedmont, 2007; Sawatzky, Pamela, & Chiu, 2005; Seligman, 2008).

Considerando que a pluralidade das investigações sobre a espiritualidade e a religiosidade é originária de outros países, maioritariamente dos Estados Unidos da América, pretendemos, com este nosso trabalho, dar um contributo para o estudo dessas duas temáticas, em Portugal, perspetivando-as, no entanto, dentro da qualidade de vida e da qualidade de vida espiritual, tais como são concebidas pela OMS.

Delineámos, para o nosso estudo, um *design* misto, do qual fazem parte dois estudos qualitativos e três estudos quantitativos¹. Os primeiros decorreram da etapa qualitativa de validação do instrumento de medida da OMS, que avalia a qualidade de vida espiritual, o WHOQOL-SRPB. Os segundos englobam três estudos quantitativos: (1) o Estudo Quantitativo de validação da versão em Português Europeu WHOQOL-SRPB adiante designada também de versão Europeia do WHOQOL-SRPB; (2) o Estudo das propriedades psicométricas dos restantes instrumentos de medida que utilizaremos no nosso estudo final; e (3) o Estudo com profissionais da Educação.

Estruturámos este nosso trabalho em duas grandes partes: I. Enquadramento teórico, no qual apresentaremos a literatura que nos permitirá uma compreensão da temática em causa; e II. Estudos empíricos. Nesta segunda parte, apresentaremos os seguintes estudos: (1) o Estudo de validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB, que engloba estudos qualitativos e quantitativos; (2) os Estudos das propriedades psicométricas dos restantes Instrumentos de medida que utilizaremos no nosso estudo final; e (3) o Estudo *stricto sensu* com profissionais da Educação, intitulado *Qualidade de vida, Espiritualidade, Religiosidade e Crenças pessoais: Um Estudo com Profissionais da Educação*.

No que respeita à primeira parte – Enquadramento Teórico - percorreremos, primeiramente, a História da Psicologia, desde o momento em que esta Ciência se fundia com a Filosofia, até à atualidade, para percebermos *se, em que medida e*

¹ Genericamente considerados. Os próprios estudos qualitativos e.g., têm uma vertente quantitativa.

porque é que as questões da espiritualidade e da religiosidade dela fizeram parte ou foram excluídas.

Debruçar-nos-emos, também, nesta primeira parte, sobre a conceptualização dos constructos espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais.

No que ao primeiro constructo diz respeito, havendo já um estudo teórico publicado na *Revista Análise Psicológica*, intitulado *Espiritualidade: Contributos para uma clarificação do conceito* (Costa Catré et al., 2016), decidimos incluí-lo aqui, quando abordarmos a problemática que o envolve.

Nesse estudo teórico, para além de retrocedermos às origens do conceito da espiritualidade, enunciaremos quais as dificuldades que existem, na atualidade, na sua afirmação como constructo sólido e independente em relação aos conceitos que lhe são próximos: o da Religião e o da religiosidade. Porque a procura de um consenso fez nascer um conjunto de propostas que vão no sentido de se ultrapassar a controvérsia, apresentaremos, também aí, essas propostas. Conscientes, ainda assim, de que há um longo caminho a percorrer até que aquele consenso se torne realidade, fizemos uma análise crítica à problemática, que aduzimos nesse trabalho, partilhando, ainda, a nossa posição em relação à mesma, bem como o nosso entendimento quanto ao constructo da espiritualidade (Costa Catré et al., 2016).

Ainda nesta primeira parte do nosso trabalho, debruçar-nos-emos sobre o conceito da QdV e, também, sobre algumas das variáveis que poderão influenciar e/ou estar, de algum modo, a ela associadas como sejam: (1) a depressão; (2) o *coping* religioso (positivo e negativo); (3) a espiritualidade como Transcendência; (4) o envolvimento religioso *stricto sensu*; (5) o envolvimento religioso como motivação (doravante designado basicamente por *orientação religiosa*); (6) o suporte social religioso; e (7) a personalidade.

Na segunda parte deste trabalho, dedicada, como se disse, aos estudos empíricos, começaremos por apresentar o Estudo de validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB.

Para podermos desenvolver a nossa investigação na área da qualidade de vida, particularmente na qualidade de vida espiritual, e pretendendo utilizar o WHOQOL-SRPB (o instrumento de medida da OMS que avalia a *espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais* associada à qualidade de vida dos indivíduos i.e., a qualidade de vida espiritual) desenvolvido pelo WHOQOL-SRPB Group (2002), tivemos que realizar todo um trabalho prévio, destinado à sua validação, sem a qual não poderíamos utilizar aquele instrumento.

Deste modo, seguindo o protocolo e as *guidelines* definidos pela OMS, foi realizado o Estudo de validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB, que apresentaremos no início desta segunda parte do trabalho.

Refira-se que o protocolo de validação das versões nacionais dos instrumentos WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) prevê a realização de quatro etapas: (1) tradução do instrumento; (2) estudo qualitativo; (3) desenvolvimento de escalas de resposta; e (4) estudo quantitativo, etapas essas que veremos com mais pormenor no *corpus* deste trabalho.

Tendo sido já publicado, sob a forma de artigo científico, o estudo qualitativo com grupos focais intitulado “O domínio SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) do WHOQOL: O estudo com grupos focais para validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB” (Costa Caté et al., 2014), incluímo-lo nesta segunda parte do nosso trabalho.

Saliente-se que, no decurso da etapa qualitativa com grupos focais foram emergindo vários tópicos, a propósito quer da análise do WHOQOL-SRPB globalmente considerado, quer da análise das suas facetas e questões em particular. Entre eles, evidenciaram-se a *relação com os outros* e *o estilo de vida* (englobando-se, neste último, aspetos como a alimentação, a educação, a celebração/ritual(ais), a meditação, o relacionamento sexual e conjugal). Pela especial relevância que assumiram, e pelas sugestões que os grupos participantes nesse estudo fizeram, *a relação com os outros* e *o estilo de vida* tornaram-se passíveis de se constituírem como facetas adicionais da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB (Costa Catré et al., 2014; Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, Catré, & Pereira, no prelo-a). Deste modo, após a

formulação das questões, para cada uma dessas duas *eventuais* facetas, em conformidade com as orientações do Grupo WHOQOL, as mesmas foram objeto de um estudo quantitativo. As características psicométricas atestaram a fiabilidade e validade das duas novas facetas, as quais passaram a estar identificadas como as Facetas SP9. *Relação com os outros* e SP10. *Estilo de Vida*, assumindo-se como um acréscimo relevante e original ao questionário WHOQOL-SRPB. De acordo com as recomendações do grupo WHOQOL, aquelas duas novas facetas passarão, de ora em diante, a integrar a versão nacional Portuguesa do WHOQOL-SRPB.

Estando em fase de revisão, para publicação na *Revista Análise Psicológica*, o artigo científico “Especificidades do instrumento de qualidade de vida WHOQOL-SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal beliefs*): Desenvolvimento e características psicométricas das facetas adicionais da versão em Português Europeu” (Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, Catré, & Pereira, no prelo-a), incluímo-lo, igualmente, neste trabalho.

Do cumprimento do protocolo e das *guidelines* definidos pela OMS, foi ainda realizado o estudo quantitativo de validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB (quarta e última etapa do referido protocolo). Incluímos, também, neste nosso trabalho, esse estudo sob a forma de artigo científico, o qual se encontra para publicação na *Revista Análise Psicológica*, com o título “Validação para Português Europeu do instrumento de qualidade de vida WHOQOL-SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*): Desenvolvimento e características psicométricas” (Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, Catré, & Pereira, no prelo-b).

A nossa opção em apresentar os artigos *ipsis verbis*, nesta Tese, reside no facto de pretendermos obviar uma duplicação dos estudos e da informação neles contida².

Também na segunda parte deste nosso trabalho, serão incluídos os estudos relativos às propriedades psicométricas dos restantes instrumentos de medida. Assim, e ainda que de cariz meramente exploratório, apresentaremos os estudos referentes

² Esta nossa opção em apresentar estes estudos sob a forma de artigos científicos levou-nos a repensar a estrutura da nossa Tese e, por isso, a mesma obedece ao formato apresentado.

aos seguintes Instrumentos de medida que utilizaremos *a posteriori* no nosso estudo final com profissionais da Educação, a saber: (1) o WHOQOL-BREF, que avalia a qualidade de vida, o qual foi desenvolvido pelo WHOQOL-Group em 1998, e validado para Portugal pelo Centro Português para Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL Group, 1998; Versão Portuguesa Europeia: Vaz Serra et al., 2006b); (2) o domínio VI – SRPB do WHOQOL-100 que avalia, com quatro questões, a qualidade de vida espiritual (WHOQOL Group, 1995; Vaz Serra et al., 2006a); (3) o IACLIDE (Inventário de Avaliação Clínica da depressão), desenvolvido por Vaz Serra (1994), que afere da existência, ou não, de sintomas depressivos; (4) o *Brief* RCOPE, que avalia o *coping* religioso (Pargament, Feuille, & Burdzy, 2011); (5) o ASPIRES (*Assessment of Spirituality and Religious Sentiments*; Piedmont, 1999a, 2004) que nos permitirá avaliar o envolvimento religioso *stricto sensu* e a espiritualidade como Transcendência; (6) o *AGE UNIVERSAL I-E Scale-12*, que operacionaliza a variável orientação religiosa (Gorsuch e Venable, 1983; Maltby, 1999a); (8) o MFRSS (*Multi-Faith Religious Support Scale*; Bjorck & Maslim, 2011), que avalia o suporte social religioso; e (9) o BFI (*Big Five Inventory*; John, Donahue, & Kentle, 1991; John, Naumann, & Soto, 2008; Soto & John, 2009b) que avalia, de forma global, os cinco traços de personalidade considerados consensuais no meio académico: extroversão, amabilidade, a conscienciosidade, neuroticismo e abertura à experiência.

A finalizar a segunda parte deste trabalho, apresentaremos o nosso estudo *stricto sensu* com profissionais da Educação, intitulado “Qualidade de vida: Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais: Um Estudo com Profissionais da Educação”

Considerando que grande parte das investigações sobre a qualidade de vida incidem essencialmente na área da saúde, tendo como população alvo indivíduos doentes e/ou profissionais ligados a essa área (e.g., Canavarro & Pereira, 2012; Canavarro, Pereira, Simões, & Pintassilgo, 2011; Canavarro et al., 2007; Canavarro et al., 2010; Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011), mesmo as associadas à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (e.g., Fleck et al., 2003), quisemos desbravar caminho, com este nosso estudo com profissionais da Educação, num outro sentido que não o relacionado apenas com aquele tipo de população.

Foi nossa pretensão, inclusive, aferir o defendido por O'Connell e Skevington (2010), o de que o WHOQOL-SRPB, que avalia a qualidade de vida espiritual (i.e., o domínio da espiritualidade, da religiosidade e das crenças pessoais da QdV) é um instrumento de medida adequado para ser aplicado para além do contexto de saúde.

Refira-se que esta nossa opção não invalida que as questões relativas à saúde sejam carreadas para o trabalho que apresentamos, muito pelo contrário. Conforme teremos ocasião de ver, o modelo holístico de saúde da OMS está na génese quer da definição do constructo de QdV, quer da criação dos vários Instrumentos de medida da família WHOQOL, da qual fazem parte dois dos Instrumentos de medida que utilizaremos para avaliar a qualidade de vida e a qualidade de vida espiritual dos profissionais da Educação (pessoal docente e não docente), respetivamente o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-SRPB. A presença ou ausência de doença integram, inclusivamente, as *guidelines* da validação e da utilização de todos os Instrumentos de medida WHOQOL (logo, do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-SRPB), sendo, também, relevante o modo como os participantes percecionam a sua saúde e se os mesmos apresentam, ou não, sintomas depressivos.

Em suma, ao utilizarmos o WHOQOL-BREF e o WHOQOL-SRPB na nossa investigação, para avaliar, respetivamente, a qualidade de vida e a qualidade de vida espiritual dos profissionais da Educação que são objeto do nosso estudo, as questões relativas à saúde serão trazidas, naturalmente, à colação.

Onde a nossa investigação se distingue das demais, nesta área, é que, ao centrar-se naqueles profissionais da Educação, não só se estende até uma população nunca antes objeto de investigação com este tipo de Instrumentos, mas também deixa de incidir exclusivamente num tipo de doença, como se tem verificado noutros estudos sobre a QdV (e.g., quando se estuda a QdV de doentes com HIV, com hipertensão, com cancro).

O nosso trabalho ganha, desta forma, toda a pertinência, além de fazer, para nós, todo o sentido a nível profissional, uma vez que nos enquadrámos nos

profissionais da Educação, por deles fazermos parte integrante ao desempenharmos funções de docência. Sendo uma temática que nos respeita diretamente, o seu estudo empírico constitui-se, assim, um verdadeiro desafio para nós.

Refira-se que a comunidade educativa é constituída por um conjunto de pessoas que congregam esforços em prol do sucesso educativo dos seus alunos. Durante o tempo, cada vez mais alargado, em que os alunos passam no interior dos Estabelecimentos de Ensino, ganham particular relevo, na ação educativa, os profissionais da Educação. Destes fazem parte quer o pessoal docente (nos quais se incluem os Professores e Educadores), quer o pessoal não docente (composto pelo pessoal técnico superior, assistentes técnicos e assistentes operacionais, entre outros).

No que respeita ao pessoal não docente, os estudos em Portugal são recentes, incidindo sobretudo ao nível das práticas da gestão (e.g., Pereira, 2010), ou das necessidades da sua formação (e.g., Mirão, 2012), acentuando o papel que aqueles profissionais desempenham na vertente da organização e funcionamento dos Estabelecimentos de Educação ou de Ensino e do apoio à função educacional, como previsto no seu Estatuto, aprovado pelo DL 184/2004 de 29 de julho.

Já no que concerne ao pessoal docente, tem-se vindo a assistir, na última década, a uma proliferação dos estudos com esta população (de que dão nota e.g., Cordeiro Alves, 2001; Seco 2000). De entre as investigações realizadas, assumem destaque as que incidem sobre o início da carreira docente (e.g., Cordeiro Alves, 2001) e, sobretudo, as que têm privilegiado o bem-estar ou mal-estar docente (e.g., Catré, 2005; Jesus, 2000, 2002, 2006, 2011; Picado, 2009) ou um dos indicadores específicos daquele bem-estar: a satisfação no exercício da função que lhe está cometida (e.g., Seco, 2000) ou, ainda, acerca de outros aspetos concretos que lhes estão associados, como sejam o *burnout* e as estratégias de *coping* ou de *engagement* (e.g., Pinto, 2000; Pocinho & Perestrelo, 2011).

Considerando o que referem Simões et al. (2000), que o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida estão, um para o outro, respetivamente, “como a parte para o todo”

(p.244), tenhamos presente que aqueles estudos permitem-nos, por um lado, perceber a complexidade das questões em torno da profissão docente (sobretudo no que respeita ao seu bem-estar e à sua satisfação com o desempenho da sua profissão) e, por outro, entender algumas das variáveis que promovem o bem-estar subjetivo dos Docentes e, como tal, a sua qualidade de vida. Esses estudos justificam-se porquanto, como bem salientam Pocinho e Perestrelo (2011, p. 516), “a profissão docente é claramente uma área de partilha, de experimentação, onde as relações inter e intrapessoais são imperantes, pelo que o bem-estar deverá ser predominante para que a aprendizagem flua.”

Fazem, pois, todo o sentido as palavras de Seco (2000 p. 401) quando afirma que “é tempo dos esforços das reformas e das estratégias educativas pensarem e estimularem as múltiplas dimensões pessoais do acto de ensinar e de aprender, sob pena de se ignorar um dos fatores estruturantes da profissão docente: o sujeito que nela habita”.

Nas referidas múltiplas dimensões pessoais do ato de ensinar e de aprender também se poderiam incluir, com toda a propriedade, as respeitantes ao pessoal não docente, o qual abrange um conjunto de recursos humanos que, apesar de não estar diretamente implicado no processo educativo em si mesmo considerado, constitui um fator indispensável ao sucesso deste (DL 184/2004 de 29 de julho). A questão torna-se tanto ou mais pertinente quanto considerarmos que impende, quer sobre o pessoal docente, quer sobre o pessoal não docente, um especial dever para com os alunos: o de cooperar na promoção do seu bem-estar (artº 10º A al h) do Estatuto da Carreira Docente (ECD); al a) do artº 14º do Estatuto do Pessoal Não Docente).

Mas, como poderão aqueles agentes educativos cooperar para promover o mencionado bem-estar dos alunos se, eles próprios, viverem numa situação de mal-estar no desempenho da sua profissão ou *in extremis*, numa circunstância de *burnout* e, conseqüentemente, de ausência de qualidade de vida?

Das múltiplas dimensões pessoais de uns e de outros, a nosso ver, não deverá, por outro lado, ser escamoteada a dimensão espiritual na medida em que não ignorar

o sujeito é pensá-lo, acima de tudo, como um todo i.e., em toda a sua *grandeza* multidimensional: *biopsicosocioespiritual*.

Na ausência dessa visão holística do ser humano, nas investigações com profissionais da Educação, propusemo-nos dar um contributo para o estudo dessa população, sob esse primado. Fazemo-lo num prisma mais abrangente do que o do bem-estar subjetivo, privilegiando, como referido, a temática da qualidade de vida ainda que perspetivada, tal como aquele, em termos subjetivos i.e., tendo em conta o ponto de vista dos sujeitos, a sua avaliação, a sua perceção (Canavarro et al., 2007; Saxena & Orley, 1997; Schalock & Verdugo, 2007; Verdugo et al., 2012; WHOQOL Group, 1994, 1995, 1998).

As variáveis da *espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais*, aparecem assim, na nossa investigação, agregadas ao estudo da qualidade de vida dos profissionais da Educação.

Tentaremos, com o nosso trabalho, dar resposta a três grandes questões que foram as impulsionadoras desta nossa investigação: (1) Como avaliam os profissionais da Educação a sua qualidade de vida e a sua qualidade de vida espiritual? (2) Qual a associação que existe entre o domínio da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (qualidade de vida espiritual) e os restantes domínios (físico, psicológico, das relações sociais e do ambiente) que avaliam a qualidade de vida dos profissionais da Educação?; e (3) Quais as variáveis que influenciam e/ou que se encontram associadas à qualidade de vida e à qualidade de vida espiritual dos profissionais da Educação?

Tendo em consideração as palavras de Frankl (1986, p. 26) “só a pessoa espiritual permite a unidade e a totalidade do ser humano”, facilmente nos apercebemos, pelas questões que colocámos e pelas temáticas que a elas estão subjacentes (*espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais*), que o nosso plano de trabalho se situa dentro de um paradigma fenomenológico-existencial.

Perspetivámos este estudo com profissionais da Educação em termos de aplicabilidade prática, com vista a uma eventual inclusão das referidas temáticas,

entre outros aspetos, na formação daqueles profissionais, caso se venha a confirmar a sua influência na qualidade de vida dessa população.

Por isso, a finalizar esse estudo, apresentaremos a discussão dos resultados obtidos, bem como as conclusões a que chegámos com os mesmos.

Por fim, aduziremos uma conclusão geral dos nossos estudos.

Terminaremos com a apresentação das referências bibliográficas e dos anexos.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1

Espiritualidade, Religião, Religiosidade e Crenças pessoais

Fizeste-nos para Vós, Senhor, e o nosso coração anda inquieto enquanto não repousar em Vós.

Santo Agostinho, Confissões 1,1

Busco-me e não me encontro.

(...)

*Sinto-me constantemente numa véspera de despertar, sofro-me o invólucro de mim mesmo (...)
Há, algures, um subterfúgio transcendente, uma divindade fluida e só ouvida.*

Fernando Pessoa, Livro do Desassossego 134; 63

Introdução

A palavra Psicologia tem as suas raízes etimológicas no Grego e deriva das palavras *psyché* (alma, espírito) e *logos* (estudo, razão, compreensão). Sendo composta pela subjetividade e o simbolismo da alma – *psyché* - e pela objetividade e Racionalismo da razão – *logos* - a palavra Psicologia é, por si só, reveladora não só do desígnio desta ciência, mas também do sujeito e do objeto do seu estudo – o ser humano. Este, desde os tempos mais remotos, que vive no que May (1977) designa de *paradoxo ou dilema*, fruto da sua capacidade para se ver quer como objeto, quer como sujeito. A “doença, limitações de toda a espécie, e todos os aspectos do nosso estado biológico (...) são facetas do lado determinista do dilema: o homem é como a grama dos campos, definha e morre. A consciência disto e a sua atuação baseada nessa consciência constituem o género do homem como sujeito” (May, 1977, p. 29).

Porque se debruça sobre o ser humano, a Psicologia não é alheia a esse dilema ou paradoxo, oscilando entre os dois, vivendo esta dialéctica entre o objetivo e o

subjetivo; entre o corpo e alma; entre o interior e o exterior; entre a razão e a emoção, ao longo de toda a História. Perceber, pois, esta mesma dialética numa perspectiva histórica, ajudar-nos-á: (1) a compreender melhor o ser humano; (2) a entender de que forma os constructos da espiritualidade e religiosidade se relacionam com essa problemática; (3) a refletir sobre os perigos que existem, iminentes, e as suas consequências, quando é feita a apologia, no âmbito das Ciências Humanas e Sociais (das quais faz parte a Psicologia), de um dos aspetos – o objetivo ou o subjetivo - como absoluto e exclusivo do ser humano; e (4) a entender o porquê dos rumos percorridos, atualmente, pela Psicologia e da sua procura em dar resposta às necessidades próprias do ser humano e às suas exigências antropológicas.

Por isso, e apesar da multiplicidade de aspetos memoráveis a aportar, iniciamos este capítulo com o resultado da nossa investigação teórica sobre a História da Psicologia, perpetivando-a à luz da inclusão ou exclusão da espiritualidade e da religiosidade e do seu estudo, no âmbito daquela, abordando os aspetos que considerámos oportunos e suficientes para o seu entendimento.

Sendo o constructo da espiritualidade aquele que tem suscitado mais polémica, deter-nos-emos mais pormenorizadamente sobre o mesmo, apresentando o estudo teórico que foi dedicado a esse constructo, fazendo-o, como se disse, sob forma de artigo científico, publicado na *Revista Análise Psicológica* (Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, & Catré, 2016).

A finalizar este capítulo, debruçar-nos-emos sobre os constructos da Religião, da religiosidade e das crenças pessoais.

Da exclusão à inclusão da espiritualidade em Psicologia: do passado ao presente, uma perspectiva histórica

Recuámos às raízes da Psicologia, na Antiguidade, num período em que aquela se fundia com a Filosofia³, sendo os seus fundadores Sócrates (470/399 a.C.), Platão

³ A palavra Filosofia deriva de duas palavras gregas *philos* e *sophia*, significando amor à Sabedoria. Para os primeiros filósofos, a Sabedoria deixa de ser um dom dos deuses para ser o resultado de um esforço

(427/34 a.C.) e Aristóteles (384/322 a.C.), numa tentativa de compreendermos melhor a problemática em causa.

O primeiro filósofo é-nos dado a conhecer através dos escritos dos seus discípulos, sobretudo os de Platão. Postulando a razão como característica do ser humano, Sócrates privilegiou o método indutivo e introspetivo, conduzindo a pessoa ao conhecimento através da ironia e da maiêutica: primeiramente, a pessoa devia consciencializar-se de que nada sabia para que se dispusesse, no momento seguinte, a conhecer; à semelhança de um parto, Sócrates conduzia os seus interlocutores na arte de fazer nascer as ideias. Esta interioridade do saber não é absolutamente subjetivista, ao invés, é a certeza objetiva da própria razão e aparece expressa no aforismo socrático "conhece-te a ti mesmo", o qual impulsiona à consciência racional de si mesmo.

Com Platão, a alma é o princípio de todo o movimento e escapa à decomposição porque se encontra investida numa atividade eterna, estando separada do corpo. Tal como a alma, a vida psíquica é independente do corpo porque o princípio divino da alma tem a sua sede na cabeça e, como tal, o essencial da alma é unicamente a faculdade cognitiva e a razão.

Em Aristóteles, à semelhança do que sucede com Platão, a filosofia "é dominada por uma ontologia que atribui ao Universo, pela intervenção numa causa final e dum princípio de perfeição nas coisas (...) mas transparece nela um sentido de observação objetiva, um gosto do concreto, uma preocupação pelo individual" (Mueller, 1976a, p. 65). Contrariamente, todavia, ao que sucede com Platão, para Aristóteles, *corpo* e *alma* não são separáveis, antes exprimem aspetos indissociáveis de um todo.

Na Idade Média, Santo Agostinho (354/430 d.C.) e S. Tomás de Aquino (1227/1274 d.C.), situaram as suas teorias num contexto metafísico, ao afirmarem que Deus, cujos atributos são a *Bondade* e a *Sabedoria*, sendo *Eterno* e *Transcendente*, criou a matéria do nada e, depois, tudo quanto existe no universo. O ser humano, dotado de inteligência e vontade, distingue-se, todavia, da matéria, buscando a

humano. Assiste-se, deste modo, a uma viragem histórica do pensamento humano: transita-se do cosmológico para o antropológico.

perfeição, que é Deus; enquanto criatura de Deus e ser pensante que é, o ser humano busca o conhecimento da perfeição, o qual consiste no entendimento de Deus, seu Criador (Mueller, 1976a).

Santo Agostinho, inspirado pelos livros dos platônicos e depois de, por eles, ter sido levado ao que designa de *procura da verdade incorpórea*, defende que o verdadeiro conhecimento é alcançado através da *alma*. Esta, sendo superior ao corpo, não só o anima ou vivifica, como procura a verdade que é o próprio Deus (Santo Agostinho, trad. 2001). Participando não apenas do mundo sensível mas, igualmente, do universo perfeito da verdade, a alma, segundo Santo Agostinho, sendo iluminada por Deus, desperta, descobrindo a sua essência imortal, o que pressupõe uma pré-existência daquela e um processo de reminiscência, à semelhança de Platão e dos neoplatônicos. Mueller (1976a), defende, por isso, que Santo Agostinho, ainda que circunscrito num contexto teológico, quando procura descrever a alma quanto à sua natureza (e embora afirme que não se pode duvidar dos atos do espírito), esboça já o *cogito* cartesiano: “ninguém duvida de que se lembra, de que compreende, de que quer, de que pensa, de que sabe, de que julga. É que, mesmo que duvide, vive (...) se duvida, pensa” (Santo Agostinho citado por Mueller, 1976a, p. 132).

S. Tomás de Aquino, por seu turno, orientando-se mais para o mundo natural como criação de Deus, apresenta-nos uma concepção piramidal dos seres terrestres em cujo vértice se encontra o ser humano, dotado de inteligência, capaz de reflexão, de livre-arbítrio e de *appetitus intellectivus*, este último caracterizado pela aspiração consciente a Deus: “A aspiração para Deus, implícita nos seres irracionais, manifesta-se explicitamente no homem, o qual, criado à imagem e semelhança de Deus, é pela sua natureza intelectual *capax Dei*, capaz de conhecer e amar a Deus” (Freitas, 2004, p. 15).

Inspirado em Aristóteles, S. Tomás de Aquino vem afirmar que a alma se encontra unida ao corpo: este não pode existir nem viver sem a alma e, ainda que imortal, esta última não tem uma vida plena sem o corpo.

Segundo S. Tomás de Aquino, o ser humano acede ao conhecimento por duas formas: a sensível e a intelectual. Esta, derivando, numa fase inicial, da primeira, não se esgota nela, ao invés, transcende-a. E se, para S. Tomás de Aquino, no conhecimento sensível, a coisa sentida e o sujeito que sente formam uma unidade por

intermédio da espécie sensível, o mesmo acontece no conhecimento intelectual mediante a espécie inteligível, entre o objeto conhecido e o sujeito que conhece. O que coloca uma questão cuja resposta nos é explicitada por Mueller (1976a, p.144):

Como explicar essa espécie de assimilação constituída pela presença do objeto no sujeito conhecente? Presença de características muito particulares, pois o sujeito não deixa de ser ele próprio nem perde a sua disponibilidade para se tornar outra coisa. Tomás introduz, a este respeito, a noção de espécie (species sensibilis), destinada a explicar o facto de a coisa conhecida não invadir o pensamento e ser conhecida justamente pela presença nele da sua species.

Com o Renascimento dá-se uma rutura na História do pensamento humano. Tendo as suas origens em Itália, e acabando por espalhar-se pelo resto da Europa, este movimento cultural marca o fim da Idade Média e o início da Idade Moderna e irá assentar numa visão antropocêntrica, expressa nos aforismos *o homem é medida de todas as coisas* e *o homem é o centro do Universo*. Esta visão conduz à afirmação inabalável da natureza humana (e da racionalidade que a distingue e caracteriza), colocando à margem tudo quanto lhe seja estranho e não possa obter explicação através da razão.

Dá-se, paralelamente, nesta etapa da História humana, o resgate dos valores e da cultura Greco-Romana, que serão fonte de inspiração nos mais variados campos do saber, com especial destaque para a Arquitetura e para a Literatura.

No que respeita à Ciência, o rumo traçado irá desembocar no domínio exclusivo da razão e do experimentalismo, rompendo-se com a visão teocêntrica até aí dominante.

A comprovação científica feita por Kepler (1571/1630) e por Galileu (1564/1642) da hipótese heliocêntrica de Nicolau Copérnico (1473/1543), que defende que o sol é o centro do universo, foi a grande conquista científica dessa época na medida em que contestou, cientificamente, a cosmologia geocêntrica aristotélico-ptolomaica que defendia que o centro do cosmos era a terra.

René Descartes (1595/1650), afirmando que foi atraído pelas *Matemáticas por causa da certeza e da evidência das suas razões* (Descartes, trad. 1979), torna-se o expoente do Racionalismo. Partindo da premissa de que a razão (que designa igualmente como *senso*) *é a única coisa que nos torna homens*, e reconhecendo-se a si próprio como *uma substância cuja essência ou natureza consiste apenas no pensar*, Descartes procura demonstrar de que maneira se esforçou por *conduzir* a sua razão e *chegar a conhecimentos seguros*, apresentando um método que parte da dúvida metódica. Lança, assim, as bases do pensamento que viria a modificar a História humana, tornando-se o precursor da Ciência Moderna. Sustentando que a alma se encontra separada do corpo, Descartes postula a preposição do *dubito cogito ergo sum* (Descartes, trad. 1979).

A descoberta do *cogito*, como essência pensante da existência, marca o divórcio definitivo entre a *psyché* e o corpo, passando este a ser um traço accidental da primeira.⁴ O *eu pensante* é agora capaz de autodeterminar-se (Beysade, 2001), o que leva à separação entre o sujeito (conhecente) e o objeto (conhecido).

Contemporâneo de Descartes, Blaise Pascal (1623/1662), desenvolveu a Teoria das probabilidades e o *Traité du Triangle Arithmétique*, notabilizando-se no campo da Matemática por esses estudos. Todavia, viria a tornar-se célebre por simbolizar a *voz da consciência* duma época, toda ela voltada para a racionalidade, ao expressar um conjunto de reflexões acerca da Religião, da razão e da natureza do ser humano na sua obra *Pensamentos*, da qual foi retirada a frase pela qual viria a ser mundialmente conhecido: *o coração tem razões que a razão desconhece*⁵.

Apesar dos alertas deixados por Pascal, o triunfo do Racionalismo prevaleceu, acentuando-se a dicotomia entre o objetivo e o subjetivo, com a primazia daquele sobre este último.

⁴ Segundo Descartes, o homem é composto por duas substâncias distintas: uma imaterial, simples, indivisível, inextensa, racional chamada alma, espírito ou mente - *res cogitans* - e outra material, composta, divisível, extensa chamada corpo - *res extensa* (Descartes, trad. 1979).

⁵ Esta frase encontra-se incluída, justamente, na parte relativa aos pensamentos diversos sobre a Religião (esta última relegada cada vez mais para segundo plano com a implementação da exclusividade da razão). Assim, no ponto III do Artigo XVI da obra *Pensamentos*, pode ler-se o seguinte: “O coração tem suas razões, que a razão não conhece: sabe-se isso em mil coisas. Eu digo que o coração ama o ser universal naturalmente e a si mesmo naturalmente, conforme a isso se aplique; e se endurece contra um ou outro, à sua escolha. Rejeitastes um e conservastes o outro: é com razão que amais? É o coração que sente Deus, e não a razão. Eis o que é a fé: Deus sensível ao coração, não à razão” (Pascal, trad.2002, para. Artigo XVI, ponto III).

Nesse sentido, o contributo de Isaac Newton (1643/1727) foi decisivo. Ao descrever, na sua obra *Philosophiæ Naturalis Principia Mathematica* (considerada uma das mais influentes na História da Ciência), a Lei Universal da Gravidade ou Lei da Atração Universal e as três leis que fundamentaram a mecânica clássica⁶, Newton acentuou a visão mecanicista do mundo, a qual, repercutindo-se em todas as áreas do saber, perdurou durante séculos.

A nova abordagem não só teve sucesso em áreas como as Ciências Naturais (às quais os novos métodos melhor se ajustavam), como também se estendeu a outras áreas do saber; depressa se passou a aplicar a determinados aspetos da experiência humana, estudando-se os mesmos sob o prisma da objetividade. Estavam, assim, lançados os alicerces da Ciência Moderna.

Paralelamente à obra científica de Newton, o *Ensaio sobre o Entendimento Humano* de John Locke (1632/1704) viria a fazer furor no *Século das Luzes*, inaugurando o Empirismo⁷. Sendo um crítico acérrimo do Racionalismo, Locke contrapõe à teoria das ideias inatas, presente em Platão e Descartes, a experiência sensível ou empírica, como fonte do conhecimento. Segundo Locke, a origem de todas as ideias é a experiência. Fazendo a distinção entre *experiência externa* (a que resulta dos sentidos) e *experiência interna* (a que resulta das operações que a mente realiza), Locke introduz a distinção entre *sensação* e *percepção*; entre ideias sensoriais simples (as impressões obtidas através dos sentidos) e as ideias da percepção (ideias “trabalhadas” pela reflexão). Locke defende, assim, o método indutivo do conhecimento, afirmando que a nossa mente é uma *tabula rasa*, uma *folha em branco*,

⁶ Conhecidas como as Leis de Newton, as três leis definidas por este Físico e Matemático revelaram-se importantes para a compreensão do movimento dos corpos (Cohen & Whitman, 1999).

⁷ Outros nomes como George Berkeley (1685/1753) com *O Ensaio por uma nova teoria da visão* e o *Tratado sobre os princípios do conhecimento* e David Hume (1711/1776) com o seu *Tratado Sobre a Natureza Humana*, tornaram-se igualmente referenciais do Empirismo. Este último filósofo e David Hartley (1705/1757), de cuja obra se destaca *Observações Sobre o Homem, Sua Constituição, Seu Dever e Suas Expectativas* deram importantes contribuições para a compreensão do associativismo. James Mill (1773/1836), por sua vez, com a sua obra *Análise dos Fenómenos da Mente Humana*, assume um papel de relevo particularmente porque, não só escreveu sobre a importância da experiência no desenvolvimento da mente, como também se dispôs a colocar o Empirismo em prática com o seu filho John Stuart Mill (1806/1873). Este viria, mais tarde, a defender os princípios básicos do Empirismo/Associativismo Britânico. Ampliou-os, no entanto, ao descrever, no seu Sistema de lógica, como as ideias complexas se constroem a partir das ideias simples, inscrevendo-se a sua conceção, segundo Mueller (1976b, p. 10) “num contexto que visa constituir uma doutrina completa, e por isso mesmo filosófica, do Empirismo.”

sem nenhuma ideia pré-escrita, a qual adquire o conhecimento a partir da experiência externa e da reflexão (Goodwin, 2005).

Em contraposição a Descartes e a Locke, Gottfried Wilhelm Leibniz (1646/1716) veio defender, respetivamente, a Metafísica da Mónada e a Epistemologia Inatista. Assim, contra o Racionalismo dualista de Descartes, Leibniz, na sua obra *Monadologia*, preconizou pela unicidade do ser, afirmando que o corpo e a mente se assemelham a dois relógios que foram construídos para entrar em harmonia perfeita: “ (...) a mente (“psico”) e o corpo (“físico”) funcionam independentemente um do outro mas em concordância (...) elementos das realidades mental e física foram chamados mónadas por Leibniz” (Goodwin, 2005, p. 72). Derivando da palavra grega *monas* que significa *unidade*, as mónadas, de acordo com o defendido por Leibniz, apresentam-se, segundo Goodwin (2005), organizadas hierarquicamente: (1) as mónadas racionais (constituem a essência da mente); (2) as mónadas sensíveis (fazem parte dos seres vivos não humanos); e (3) as mónadas simples (constituem a realidade física).

Contra o Empirismo de Locke, Leibniz veio defender, na sua obra *Novos Ensaios sobre o Entendimento Humano*, que existem ideias e princípios que não nos vêm pelos sentidos. Para melhor ilustrar a sua tese, utiliza a metáfora da mente como *mármore com veios*. Estes representam as propriedades inatas do *mármore*. A mente, à semelhança do *mármore* tem, igualmente, propriedades inatas que colocam limites quanto à forma e aos efeitos da experiência (Goodwin, 2005; Mueller, 1976b).

É partindo desta controvérsia entre Locke e Leibniz sobre os fundamentos do conhecimento humano (a qual se irá intensificar e predominar, depois, no século XVIII) que Immanuel Kant (1724/1804) - um dos pensadores mais influentes da Modernidade - se vai destacar no pensamento filosófico. Tendo como ponto de partida a fragilidade trazida ao Racionalismo pelo ceticismo do empirista David Hume, e inspirado pelas aspirações morais de Rousseau, Kant situa o conhecimento em três grandes campos: (1) a Epistemologia; (2) a Ética; e (3) a Estética, plasmados, respetivamente, na *Crítica da Razão Pura* (Kant, s.d.), na *Crítica da Razão Prática* (Kant, trad. 2004) e na *Crítica do Julgamento*, também designada por *Crítica da Faculdade do Juízo* (Kant, s.d.).

Ainda que Kant tenha chamado à atenção que “ao contrário dos objetos físicos, os fenómenos mentais não podiam ser diretamente observados nem medidos com

precisão matemática” (Goodwin, 2005, p. 73) o facto é que, como salienta Mueller (1976b, p. 342):

Pela sua crítica da Psicologia racional, pela sua delimitação nítida dos domínios respetivos da filosofia e da ciência – cuja objetividade é garantida pela universalidade formal das leis do entendimento humano – Kant incita indiretamente à constituição de uma Psicologia objetiva, mesmo que, pela sua parte, nela não acredite demasiado (...) o contributo, embora negativo, é o duma prevenção quanto às condições dum conhecimento válido do homem pelo homem e prepara o terreno para a instauração daquelas investigações que virão a constituir uma «Psicologia sem alma».

Sob a influência do Positivismo de Auguste Comte (1797/1857)⁸ (que fundou, igualmente, a Sociologia) e de Johann-Friedrick Herbart (1776/1841) - considerado o pai da Psicologia e da Pedagogia científicas (uma vez que tenta explicar cientificamente o processo de aquisição do conhecimento trazendo, para isso, a Psicologia para o campo da Educação), bem como sob a influência de Wilhelm Wundt (1832/1920), o qual traz a Fisiologia e a Anatomia para a Psicologia), esta última caminha num só sentido: o da objetividade e do experimentalismo (Gadamer, 1983; May, 1977).

A Psicologia segue, assim, como não poderia deixar de ser, as pisadas das Ciências Naturais e Físicas em virtude de estas, associadas à tecnologia, apresentarem resultados e, em consequência, resolverem cada vez mais problemas⁹. A abordagem

⁸ O Positivismo considera a Ciência como o último estado do desenvolvimento do conhecimento humano. Segundo Comte, este desenvolvimento passa necessariamente por três estados: (1) o Teológico ou fictício; (2) o Metafísico ou abstrato; e (3) o Científico ou positivo. A estes três estados de desenvolvimento correspondem três métodos que se excluem mutuamente (Gadamer, 1983; Goodwin, 2005).

⁹ De referir, no entanto, que apesar de se ter assistido, nos séculos XVI e XVII, a importantes avanços no campo científico, continuaram a predominar algumas das ideias da Idade Média uma vez que uma mudança, qualquer que ela seja, não se processa automaticamente. Só em finais do século XVIII, com a inovação tecnológica (resultado da associação das Ciências Naturais e das Matemáticas às técnicas, que ajudaram a encontrar soluções para os mais variados problemas do ser humano, quer no campo da Saúde, quer noutros setores da vida, mais práticos, como o da deslocação além-fronteiras, com a invenção da máquina a vapor), é que o ser humano se irá achar definitivamente o dono da natureza e expandirá fortemente o seu conhecimento científico. É o culminar de muitas descobertas científicas que viriam a revolucionar a História da Humanidade.

mecanicista torna-se, deste modo, a única abordagem válida, porque precisa e eficaz. Segundo May (1977, p. 73) “concebeu-se o homem como objeto a ser pesado, medido e analisado”, valorizando-se apenas os aspetos do ser humano que poderiam assumir uma objetividade, relegando-se para segundo plano os problemas subjetivos (e.g., valores, consciência), os quais foram considerados como imerecedores de estudo ou *inclusive* rejeitados. Afirma May (1977, p. 194) que “em meados do século XIX, essa divisão entre os aspetos objetivos e subjetivos da vida tinha-se aprofundado de modo a constituir uma verdadeira brecha na cultura.”

Fazendo nossas as palavras de Gadamer (1983), o mundo transformou-se numa *grande oficina*.

Ivan Pavlov (1849/1936) com o seu estudo Experimental, em laboratório, sobre as secreções gástricas/digestão e o comportamento dos animais¹⁰, leva à descoberta dos reflexos condicionados. Ao estudar como estes põem em jogo, quer processos de excitação, quer processos de inibição, Pavlov contribuiu para o estudo de uma parte do Psiquismo humano, dando origem, no seio da Psicologia, às correntes de pensamento designadas por *Reflexiologia* e *Behaviorismo*. Tendo como princípio orientador o de que o comportamento dos indivíduos é observável, mensurável e controlável, aquelas duas correntes de pensamento – *Reflexiologia* e *Behaviorismo* - revelaram a tendência de reduzir, de vez, a Psicologia a uma Ciência Natural (Goodwin, 2005; May, 1977; Mueller, 1976b).

John Broadus Watson (1878/1958) foi o grande impulsionador do Behaviorismo, relegando a consciência para um campo que não o científico¹¹ e descurando outros aspetos da natureza humana como as emoções. Apenas o comportamento objetivo se torna objeto de estudo, tendo como consequência a separação radical entre o sujeito e o objeto; entre a razão e a emoção. Primeiramente, promoveu-se o controlo racional das emoções e, posteriormente, a sua repressão, com

¹⁰ O contributo de Pavlov para a Medicina, assim como para a Ciência em geral, com o seu estudo, foi conhecido e respeitado em todo o mundo, tendo aquele Fisiologista granjeado o Prémio Nobel de Medicina em 1904.

¹¹ Cabral & Nick (2006, p. 41) salientam justamente que “No artigo de 1913, publicado na *Psychological Review*, Watson definiu Psicologia da seguinte maneira “um ramo experimental e puramente objetivo da Ciência natural. A sua meta é a previsão e controle do comportamento (...) Parece ter chegado o momento em que a Psicologia deve rejeitar toda e qualquer referência à consciência.”

todas as consequências daí resultantes. May (1977), a este propósito, chama justamente a atenção de que isso conduz a uma *compartimentação do ser humano*, produzindo, conseqüentemente, *a falta de unidade interior, o trauma, a desorientação profunda, a confusão psicológica, a ansiedade e o pânico* que perduraram por todo o século XX, defendendo que é precisamente neste contexto que se entende cabalmente todo o trabalho preconizado por Sigmund Freud¹². Salienta May (1977, p. 73): “Somente em contraste com os antecedentes de compartimentação da personalidade, no século XIX, é que as descobertas de Freud relativas ao inconsciente e suas técnicas destinadas a auxiliar o indivíduo na obtenção de uma nova unidade podem ser plenamente entendidas.”

No *Projeto para uma Psicologia Científica*, Freud (1990) revela-nos a influência que teve a sua formação intelectual, inscrita num ambiente mecanicista e positivista, ao defender, acerrimamente, uma Psicologia naturalista e ao explicar os processos psíquicos mecanicamente, utilizando, para o efeito, uma abordagem quantitativa, com o recurso a noções da Física:

A intenção é prover uma Psicologia que seja ciência natural: isto é, representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais especificáveis, tornando assim esses processos claros e livres de contradição. Duas são as ideias principais envolvidas: [1] A que distingue a atividade do repouso deve ser considerada como Q, sujeita às leis gerais do movimento; [2] Os neurónios devem ser encarados como as partículas materiais (Freud, trad. 1990, p. 403).

No entanto, é de referir que Freud viveu, ele próprio, um dilema, ao pretender afirmar a sua *teoria do funcionamento mental*, com um cariz científico – mecanicista¹³.

¹² Para Sigmund Freud (1856/1939), fundador da Psicanálise, a causa de muitas das perturbações mentais (histerias e neuroses) está na acumulação de desejos e necessidades reprimidos no inconsciente.

¹³ Numa carta datada de 25/05/1895, Freud revela a Fliess estar atormentado sobre o *modus operandi* da Teoria do funcionamento mental com a introdução das considerações quantitativas (Masson, 1986).

As dificuldades com que Freud se depara neste tipo de abordagem, surgem, desde logo, quando entra na questão da consciência, o que o levará a propor uma posição intermédia:

Segundo uma teoria mecanicista avançada, a consciência é um mero acessório dos processos fisiológico-psíquicos, cuja supressão não alteraria nada no decurso psíquico. Segundo outra doutrina, a consciência é o lado subjetivo de todo o acontecimento psíquico, portanto inseparável do processo anímico fisiológico. Entre ambas situa-se a doutrina aqui desenvolvida. Consciência é, aqui, o lado subjetivo de uma parte dos processos físicos no sistema nervoso e a supressão da consciência não deixa inalterado o acontecimento psíquico (Freud, trad. 1990, p. 404).

A tentação a que Freud acedeu em querer, de forma dogmática, explicar *todas as atividades do espírito* (Mueller, 1976b) pretendendo, além do mais, “desempenhar o papel de mestre que deve conservar um controlo da teoria e da prática psicanalíticas” (Mueller, 1976b, p. 39), conduziu a um cisma entre os seus discípulos, de entre os quais se destacam Alfred Adler (1870/1937) e Carl Gustav Jung (1875/1961) os quais farão coexistir, paralelamente à Psicanálise de Freud, respetivamente, as chamadas *Psicologia Individual* e *Psicologia Analítica*.

A primeira, substituindo o *pansexualismo* de Freud¹⁴ pelo *instinto do poder* ou desejo de notoriedade (que leva o indivíduo, desde a sua infância, a procurar dominar e cujo fracasso levará ao *sentimento de inferioridade*), tem o mérito de demonstrar “que quase sempre um indivíduo pode explorar ao máximo os seus dons naturais e de que o essencial é a coragem com que ele enfrenta a sua inferioridade real ou convencional.” (Mueller, 1976b, p. 49).

¹⁴ Designa-se por *pansexualismo* a teoria de Freud segundo a qual este, partindo do pressuposto de que a sexualidade faz parte do psiquismo humano e que a mesma se inicia logo a seguir ao nascimento, afirma que é do instinto sexual que emana toda a atividade psíquica da criança. Consequentemente, Freud apresenta as fases por que passam as crianças, logo após o seu nascimento, ao nível da sexualidade.

A segunda, reconhecendo o indivíduo como um ser social, vem afirmar que a *psique* humana não é algo de isolado e totalmente individual, mas constitui igualmente um fenómeno coletivo (Jung, trad. 2008) apresentando-nos, assim, “uma conceção original do comportamento humano (...) com todas as correlações humanas e significantes que ele mantém com o meio que o cerca.” (Mueller, 1976b, pp. 55-56). Partindo do conceito central de *inconsciente coletivo* (como algo que é herdado e que atravessa a Humanidade, constituindo um nível muito profundo do inconsciente) e de *persona* (como a máscara social que esconde o verdadeiro *eu*¹⁵), a Psicologia Analítica de Jung advoga a individuação como “um processo de desenvolvimento psicológico que faculte a realização das qualidades individuais dadas; em outras palavras, é um processo mediante o qual um homem se torna o ser único que de facto é.” (Jung, trad. 2008, p. 61). Apresentando-se como uma meta a atingir, este processo de individuação culmina com o “despojar de-si-mesmo, dos invólucros falsos da *persona*, assim como do poder sugestivo das imagens primordiais” (Jung, trad. 2008, p. 61). Isto significa que o desenvolvimento da personalidade exige, no entender de Jung, a sua *diferenciação da psique coletiva*, sendo os *archetypus*¹⁶ a chave que permite descobrir as potencialidades de cada indivíduo, através da simbologia dos sonhos, em Psicoterapia.

A Psicologia Analítica marcou, desta forma, o início de um afastamento do modelo científico determinista da modernidade, tendo o mérito “de aprofundar e de enriquecer a descoberta freudiana da função simbolizante do inconsciente pois abriu, ousadamente, neste domínio, perspectivas insuspeitadas e suscetíveis dum alargamento indefinido, que obrigam a pôr de novo em causa muitos dos aspetos do psiquismo humano até então demasiado negligenciados, em especial pelo positivismo” (Mueller, 1976b, p. 55).

Outro nome que se demarcou da Psicologia Experimental, no início do século XX, foi Edmund Husserl (1859/1938), a quem é atribuída a criação da chamada fenomenologia contemporânea enquanto doutrina filosófica. Do Grego

¹⁵ “Ao analisarmos a *persona*, dissolvemos a máscara e descobrimos que, aparentando ser individual, ela é no fundo coletiva; em outras palavras, a *persona* não passa de uma máscara da psique coletiva” (Jung, trad. 2008, p. 43).

¹⁶ Recorrentes em cada geração, os arquétipos fazem parte do inconsciente coletivo e, como tal, da nossa *psique* individual. Trata-se de grandes imagens primordiais (e.g., a boa fada, o herói, o espírito malvado).

phaenomenologia, o termo fenomenologia resulta da junção de duas palavras: *phainomenai* (mostrar-se, tornar-se visível) e *logos* (estudo, razão, compreensão) significando, em Filosofia, o estudo daquilo que se mostra, do que se torna visível. Em Husserl, a fenomenologia aparece como sinónimo de uma *auto-reflexão transcendental* metodicamente prosseguida e expressa na tríade *ego cogito cogitatum*. Ao refletir sobre a *Crise da Humanidade Europeia e a Filosofia*, Husserl defendeu que existem unicamente duas saídas para aquela crise: ou a decadência da Europa ou o seu renascimento. Este último só seria possível, no seu entender, a partir do *espírito*. Com Husserl, abriu-se o caminho para as *ciências do espírito* porque, segundo ele, “nelas, o interesse teórico vai exclusivamente para os homens enquanto pessoas e para a sua vida e realizações pessoais, bem como, correlativamente, para as figuras dessas realizações” (Husserl, trad. 2006, p. 12).

Ciente de que a crise europeia se deve exclusivamente ao que ele designa de *Racionalismo extraviado*¹⁷ e não ao Racionalismo enquanto tal, Husserl advoga uma posição eclética propondo, em consequência, uma Filosofia autêntica¹⁸ pela qual a Humanidade seja *elevada ao humano superior ou à razão*. Afirma Husserl (trad. 2006, pp. 49-50) o seguinte:

A elaboração de um método efetivo para captar a essência fundamental do espírito nas suas intencionalidades e para, a partir daí, edificar uma analítica do espírito que fosse consistente até o infinito, conduziu à Fenomenologia transcendental. Ela supera o objetivismo naturalista e todo e qualquer objetivismo em geral da única maneira possível, a saber, pelo facto de que aquele que filosofa procede a partir do seu próprio eu e, decerto, puramente como o executor de todas as suas validades, das quais ele se torna num

¹⁷ Husserl vê a crise como sinónimo do fracasso de uma cultura racional. Simplesmente a razão desse falhanço reside, segundo ele, “não na essência do próprio Racionalismo, mas unicamente na sua *alienação*, na sua absorção no “naturalismo” e no “objetivismo” (Husserl, trad. 2006, p. 51).

¹⁸ Defendendo que “numa humanidade europeia a Filosofia tem constantemente de exercer a sua função, enquanto arconte de toda a humanidade”, Husserl (trad. 2006, p. 37) distingue a “Filosofia” (enquanto facto histórico de um tempo determinado), da filosofia (enquanto ideia, ideia de uma tarefa infinita). A primeira é, para Husserl, a tentativa mais ou menos conseguida de realização da segunda. Nessa medida, o que aquele autor propõe é uma “Filosofia, por meio de um heroísmo da razão que supere definitivamente o naturalismo” (Husserl, trad. 2006, p. 51).

espectador teórico. Nesta atitude, é possível edificar uma ciência do espírito absolutamente suficiente, sob a forma de uma consequente auto-compreensão e de uma compreensão do mundo enquanto realização espiritual.

Salientando que é chegado *um tempo novo com a Psicologia da totalidade*, Husserl (trad. 2006) apresenta-nos um novo paradigma que pretende atender às especificidades do ser humano, separando-se dos modelos dimanados da concepção positivista e naturalista por estes excluírem dos seus métodos tudo quanto seja subjetivo. Considerando este último elemento como parte integrante do sujeito, Husserl (trad. 2006) argumenta que não pode o mesmo ser suprimido do conhecimento sob pena de se esquecer do próprio sujeito, que é igualmente objeto de estudo. Para Husserl não é, pois, concebível que o sujeito (conhecente) e o objeto (conhecido) estejam desligados. Tendo como um dos conceitos-chave da sua tese a *intencionalidade da consciência*, Husserl define a dialética entre sujeito e objeto a partir da *epoché*¹⁹ cujos dois pólos, a *noema* e a *noesis*, evidenciam, respetivamente, as dinâmicas do objeto e do sujeito. A *noema* é aquilo que é percebido, enquanto a *noesis* é o ato de perceber, numa dinâmica, toda ela, caracterizada pela intencionalidade da consciência.

Tendo influenciado Karl Jaspers (1883/1969), que antes de se dedicar à Filosofia foi Psicólogo e Psiquiatra, bem como Jean-Paul Sartre (1905/1980); Martin Heidegger (1889/1976), Maurice Merleau-Ponty (1908/1961), e Michel Foucault (1926/1984), entre outros Filósofos, a herança fenomenológica husserliana (que defende a ligação que existe entre o sujeito que conhece e o objeto que é conhecido, assente no pressuposto de que toda a consciência é sempre consciência de algo), irá repercutir-se no seio da Psicologia, através da abordagem fenomenológico-existencial, conduzindo-a a uma senda mais humanista (Goodwin, 2005; May, 1977; Mueller, 1976b).

¹⁹ *Epoché* deriva do Grego e significa “paragem”, “interrupção” ou “suspensão de juízo”, “colocar entre parêntesis”.

Contrapondo-se a uma visão determinista, esta nova abordagem, centra-se agora no *existir*²⁰ do ser humano, no *ser-para-fora*, no *revelar de si*, fazendo emergir, livremente, o que há de individual e único nele. A Psicologia Existencial, constituindo-se, assim, a partir da *Doutrina* filosófica fenomenológico-existencial, acabará por repercutir-se sobretudo no campo da Psicoterapia, destacando-se, nesta área, entre outros, os nomes de Erwin Strauss (1891/1975); Eugène Minkowsky (1885/1972) na França; Ludwig Binswanger (1881/1966), na Suíça; e Viktor Emil Von Gebattel (1883/1974) na Alemanha. Por sua vez, Rollo May (1909/1994) irá ser o responsável pela divulgação da Psicologia Existencial na América (Goodwin, 2005; May, 1977; Mueller, 1976b).

Rejeitando ser, como ele próprio diz, “um existencialista na aceção cultista europeia” (May, 1977, p. 95), este último autor advoga que o desenvolvimento fenomenológico e existencial assenta em questões genuinamente importantes, sendo de especial valor para o desenvolvimento, quer da Psiquiatria, quer da Psicologia. Tal fica a dever-se, segundo May (1977), essencialmente a três aspetos que o movimento fenomenológico-existencial enfatiza e que aqui apresentamos:

A importância de sabermos o que uma pessoa é, antes de saber o porquê do que faz;

O facto de só se poder abordar as questões com objetividade na medida em que se seja capaz de analisar continuamente os pressupostos que servem de fundamento na abordagem a efetuar;

Diretamente relacionada com as anteriores, está a questão ontológica, isto é, o estudo da natureza humana, do ser enquanto ser.

É neste contexto filosófico e científico que Abraham Maslow (1908/1970), partindo de uma análise às duas teorias que, do seu ponto de vista, mais influenciaram a Psicologia – a freudiana ortodoxa e a objetivista-behaviorista (mecanomórfica) – e

²⁰ As raízes etimológicas da palavra existir, do latim *ex(s)istere*, sair de, elevar-se de; nascer, provir de, manifestar-se, mostrar-se (Machado, 2003), ajudam-nos a perceber em que se centra esta vertente da Psicologia: no ser humano enquanto tal, um ser que se percebe a si próprio e que descobre as suas qualidades e potencialidades.

das teorias delas dissidentes (as quais se foram, aos poucos, aglutinando), propõe um *sistema total, único e abrangente*, uma concepção inicialmente rotulada de *holístico-dinâmica*. Pretendendo ser uma concepção *adequadamente eclética e abrangente*, esta terceira alternativa ou *terceira força*, acabou por ser denominada, por Maslow, pelo nome mais comumente aceite, como Psicologia Humanista²¹. Maslow tentou, com esta sua proposta, a conciliação entre a Ciência clássica e a Ciência social puramente descritiva, procurando inclui-las numa concepção mais abrangente baseada no reconhecimento de que a Ciência, sendo um subproduto da natureza humana, permite, ela própria, a plena realização da natureza humana (Maslow, 1998). Todavia, a Psicologia Humanista ou *Terceira Força da Psicologia* que Maslow preconizou é, por ele, vista apenas como transitória e preparatória de uma *Quarta Psicologia* considerada, por si, como sendo a *mais elevada*. Trata-se de uma Psicologia Transpessoal e transumana (Maslow, 1998; Goble, 2004).

Com Viktor Emil Frankl (1905/1997), esta última corrente na Psicologia, pré-anunciada por Maslow, conheceu o alento de que necessitava. A partir da experiência vivida na primeira pessoa, nos quatro Campos de Concentração por que passou, Frankl defendeu que a *Busca de Sentido* é fundamental na existência do ser humano sob pena deste cair no *vazio*, na *angústia* e no *desespero*. Nesse *Laboratório vivo* pôde testemunhar situações de perda de fé e da vontade de viver mas, igualmente, outras em os que os indivíduos enfrentando e, sobretudo, dando sentido ao sofrimento (como ele próprio o fez), sobreviveram a ele.

Frankl (2016) centra, por isso, a sua terapia no *Logos: a Logoterapia* ou *Psicoterapia do Sentido da Vida*. Segundo (Xausa, 1986, p. 144):

A logoterapia é, pois, a versão original de Frankl sobre a moderna análise existencial. Logos é uma palavra grega que equivale a

²¹ Trata-se de uma corrente da Psicologia que assenta, essencialmente, na ideia, preconizada pela Psicologia Existencial, de que o ser humano tem potencialidades e capacidades em forma incipiente ou embrionária. O grande arauto desta corrente da Psicologia foi Carl Ransom Rogers (1902/1987) que levou à prática a concepção holística do ser humano, rompendo, definitivamente, com os métodos e técnicas diretivos que foram usados, quer pelo Behaviorismo, quer pela Psicanálise. Carl Rogers notabilizou-se ao introduzir, no campo da Psicoterapia, o que ele próprio designou de Terapia Centrada no Cliente – *Client Centered Therapy* – ou Abordagem Centrada na Pessoa, assente precisamente no princípio de que a pessoa é constante *devir* e, como tal, o Terapeuta surge como um facilitador que ajuda o seu cliente a tornar-se nele próprio i.e., a tornar-se pessoa (Rogers, 2003).

sentido, significado ou propósito. A logoterapia se centra no significado da existência humana, assim como na busca de sentido por parte do homem. A primeira força motivante do homem é a luta por encontrar um sentido para a sua própria vida.

A Logoterapia transporta consigo uma nova visão sobre o ser humano porque inclui, no seu seio, uma dimensão Sobrehumana, a qual assenta no reconhecimento de que aí reside o *Sentido Último da existência*, tendo por base o princípio de que “apesar da realidade do supra-humano ser inacessível à pesquisa científica, ela existe independente de nosso entendimento e da nossa capacidade de apreendê-la.” (Xausa, 1986, p. 187).

E assim, paulatinamente, foi-se transitando, em Psicologia, de um enfoque clínico para uma abordagem centrada no potencial humano de autodesenvolvimento, valorizando a experiência e a vivência do indivíduo e, sobretudo, aceitando-o como um todo.

Sem colocar em causa a sua cientificidade, a Psicologia iniciou, dessa forma, um caminho que valoriza a unicidade de todas as dimensões do ser humano: física, psicológica, social e espiritual, levando-nos a concluir como Mueller (1976b, p. 225), que:

O desenvolvimento da nova Psicologia mostrou que o seu objeto dificilmente se prestava aos métodos das ciências naturais, que então se imaginavam em total solução de continuidade com a filosofia. Aconteceu mesmo que esta, expulsa pela porta, voltou a entrar pela janela (...) seja como for, através das vicissitudes da sua história, a nova ciência ganhou um lugar de eleição no favor de que se encontram as ciências humanas em geral.

Todo este legado que nos foi deixado pela Psicologia Humanista e pela abordagem existencial e fenomenológica, a par do saber milenarmente construído a partir dos conceitos introduzidos pela Filosofia Greco-Romana, fez surgir, no final do século XX, pela mão de Martin Seligman, um novo *movimento científico* com a

designação de Psicologia Positiva. Martin Seligman, Mihal Csikszentmihalyi e Ray Fowler definiriam, em Janeiro de 1998, em Akumal, os três pilares que viriam a constituir o conteúdo da sua ambição científica, denominada de Psicologia Positiva: o primeiro pilar seria o estudo da emoção positiva; o segundo pilar, o estudo do carácter positivo, as forças e as virtudes (cujo exercício regular produzem a emoção positiva) e o terceiro pilar seria o estudo das instituições positivas. Segundo Seligman (2008, p. 330), esta *Psicologia* surge “não como um substituto do que aconteceu anteriormente, mas apenas como um suplemento ou uma extensão da Psicologia”.

Com este novo foco da Psicologia preconizado por Seligman (2008), deu-se um *boom* de estudos na área da espiritualidade e da religiosidade uma vez que o teor do segundo pilar em que assenta a Psicologia Positiva inclui, nas vinte e quatro forças e virtudes (cujo exercício regular produz a emoção positiva e tornam a pessoa virtuosa), a Transcendência, da qual fazem parte a espiritualidade, o sentido de vida, a fé e a religiosidade.

Conceptualização

Espiritualidade

Vimos como a dialética entre o subjetivo e o objetivo, entre a *psyché* e o *logos*, próprios do ser humanos, fez pender a História da Humanidade em geral, e a História da Psicologia em particular, para um ou para outro aspetos e, ainda, como, ao fazer-se a apologia de apenas um desses aspetos, houve um prejuízo para o estudo e o entendimento da complexidade do ser humano e da sua aceitação como ser *biopsicosocioespiritual*²².

Pudemos constatar como um novo rumo foi, entretanto, traçado em Psicologia, impulsionado pelas abordagens fenomenológicas e existencialistas.

Presentemente, prima-se por um sentido holístico, existencial e humanista, no qual têm agora cabimento fenómenos como os da espiritualidade e da religiosidade e o seu estudo.

²² Teremos, ainda, oportunidade de aprofundar esta problemática no estudo teórico que se segue.

A controvérsia coloca-se, todavia, ao nível das investigações, quando a problemática que a elas subjaz é o constructo da espiritualidade. Se, por um lado, assistimos a uma grande dispersão das investigações que versam sobre esse constructo, por outro, e indissociada dessa dispersão, encontramos a ambiguidade do mesmo, fruto, sobretudo, da dificuldade que tem existido em separá-lo de outros dois conceitos – o da Religião e o da religiosidade – que, remontando às suas origens conceptuais, criam entraves à sua definição.

O estudo teórico, que apresentamos a seguir, foi aceite para publicação na *Revista Análise Psicológica* (Costa Catré et al., 2016). Esse estudo pretende contribuir para uma clarificação do conceito da espiritualidade, não só recuando às suas raízes históricas, mas também sistematizando os estudos que, de forma sintética, agrupam os vários “tipos” de espiritualidade ou várias formas de viver a espiritualidade.

Para abordar as dificuldades que existem em torno da espiritualidade, reportámo-nos aos autores que têm vindo, de forma mais sistemática, a suscitar essa problemática.

Acima de tudo, pretendeu-se, por um lado, encontrar rotas que pudessem conduzir a possíveis *consensus* e, por outro, dar um contributo nesse mesmo sentido, a partir de uma análise crítica sobre o tema.

ESTUDO TEÓRICO

Estudo publicado – Costa Catré, M.N., Ferreira, J.A., Pessoa, T., Catré, A., & Catré, M.C. (2016). Espiritualidade: Contributos para uma clarificação do conceito. *Revista Análise Psicológica*, 1, 31-46. doi: 10.14417/ap.877

Espiritualidade: Contributos para uma clarificação do conceito

Maria Nazarete Costa Catré¹ / Joaquim Armando Ferreira² / Teresa Pessoa³ / Acácio Catré⁴ /
Maria Costa Catré⁵

Resumo

Os estudos sobre espiritualidade têm proliferado, nestes últimos anos, no campo científico. Os investigadores tentam perceber em que medida é que ela afeta o comportamento humano, quer individual, quer coletivamente. A controvérsia reside, no entanto, em torno do constructo da espiritualidade e se este é, ou, não (in) dissociável de dois outros que remontam às suas origens conceptuais: os constructos da religião e da religiosidade. Com este artigo, pretendemos contribuir para uma clarificação daquele conceito, apontando os caminhos geradores de possíveis *consensus* capazes de abarcar distintas sensibilidades e ultrapassar a dispersão das definições que grassam os estudos, por forma a tornar os constructos mais consistentes, em prol da cientificidade das investigações nesta área.

Palavras-chave: Espiritualidade, Religião, Religiosidade.

¹ Doutoranda da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra.

² Professor Catedrático da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra.

³ Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra.

⁴ Mestre em Ciências de Educação pela Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra.

⁵ Mestranda da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra.

Spirituality: contributions to a clarification of the concept

Abstract

Studies on spirituality have increased in recent years in the scientific field. Researchers try to understand to what extent spirituality affects human behavior, individually or collectively. The controversy lies, however, around the construct of spirituality and whether, or not, this is (in) separable of two other ones dating back to its conceptual origins: the constructs of religion and religiosity. This paper aims pointing out the possible paths of generating consensus that can encompass different sensibilities and overcome the dispersion of definitions that studies suffer, in order to bring more consistency to the constructs, on behalf of the scientificity of the studies in this area.

Keywords: Spirituality, Religion, Religiousness.

Introdução

Se é um facto que a espiritualidade começou a ser um dos tópicos abordados a partir da década de 60 do século XX (Barros Oliveira, 2007), certo é que, atualmente, com a Psicologia Positiva (Seligman, 2008), assiste-se a um *boom* de estudos nessa área, por aquela incluir (nas vinte e quatro forças e virtudes, cujo exercício regular produz a emoção positiva e tornam a pessoa virtuosa), a Transcendência, da qual fazem parte a espiritualidade, o sentido de vida, a fé e a religiosidade.

É notório que o mundo secularizado em que vivemos em muito contribuiu para que houvesse uma reestruturação do papel e da função que a espiritualidade desempenhou durante séculos, imbricada que estava, anteriormente, na Religião e na religiosidade.

Embora sob uma nova vestidura, a espiritualidade continua, ainda assim, a influenciar o comportamento humano, não só individual, mas também coletivamente. E, por isso, as Ciências Humanas e Sociais não podem ficar alheias a esta situação, ademais quando proliferam, cada vez mais, os estudos nesta área.

O enunciar de “novas” espiritualidades, ou de várias formas de viver a espiritualidade, torna imperioso, todavia, que o constructo seja objeto de uma clarificação. Importa, antes de mais, que saibamos do que falamos, quando nos referimos à espiritualidade. Para isso, iniciaremos este nosso trabalho com uma incursão que vai desde as origens mais remotas da espiritualidade, da sua conceptualização, até à atualidade, para que possamos compreendê-la enquanto constructo, assim como as dificuldades que foram surgindo em torno do mesmo. Sendo a maioria desses estudos oriundos dos Estados Unidos da América, e havendo uma grande dispersão dos mesmos, utilizámos como critério para apresentar a literatura atual, os estudos que, de forma sintética, agrupam os vários “tipos” de espiritualidade. Para abordar as já referidas dificuldades, reportar-nos-emos aos autores que têm vindo, de forma mais sistemática, a suscitar essa problemática.

Constitui nosso objetivo, no entanto, ir mais além do que a controvérsia que existe sobre os constructos da religião e da espiritualidade. Por isso, da leitura das publicações daqueles autores e, ainda, de outros que, mais recentemente, partem da análise dos estudos sobre a espiritualidade (para tentar encontrar referenciais comuns), apresentaremos as propostas que vão surgindo no meio académico para

tentar ultrapassar aquela controvérsia. Conforme teremos oportunidade de constatar, essas propostas anseiam tornar-se geradoras de um, há muito, almejado consenso que dote os constructos de uma maior consistência, em prol da cientificidade dos estudos, sobretudo na área da espiritualidade.

Debruçar-nos-emos, igualmente, sobre a questão, apresentando uma análise crítica sobre a mesma, dando, assim, o nosso contributo para que se alcance esse consenso.

Evolução do conceito de Espiritualidade

As origens

Ainda que sem qualquer possibilidade de se poder precisar a origem e o desenvolvimento das crenças e práticas religiosas do ser humano, porque não é possível fossilizar as crenças e as ideias (Eliade, 1978), precisando o momento exato do seu surgimento, verificamos que há uma unidade profunda e indivisível na história espiritual e religiosa da humanidade. Ao recuarmos no tempo, encontramos dois marcos que assinalam uma viragem na História da Humanidade e que estão diretamente relacionados com a espiritualidade e a religiosidade do ser humano.

O primeiro marco situa-se no período pré-histórico: quando o ser humano se ergueu nas duas pernas, adotando a postura ereta, passou a relacionar-se significativamente com o mundo: o espaço passou a estar organizado em torno de um centro – o corpo – que lhe permitiu distanciar-se em relação ao que o rodeava, observando o que estava à sua frente, atrás, à direita, à esquerda, em cima, em baixo. Tal conduziu-o ao questionamento, tornando-o capaz de transcender a situação concreta. Só essa distância, em relação ao que o rodeia, é que permitiu, segundo May (1977), que o ser humano indagasse, que se questionasse e, uma vez impulsionado por este questionar-se, é que o mesmo partiu à descoberta. Consequentemente, colocou ao seu serviço o que o rodeava, fabricando objetos e ferramentas. Ao fabricar essas ferramentas, o ser humano construiu um mundo mais humano, inaugurando a sua identidade enquanto ser dotado de humanidade (Arendt, 1995). Ainda que a construção de ferramentas pudesse ter, inicialmente, um valor utilitário, assegurando, juntamente com o domínio do fogo, a sobrevivência e o desenvolvimento da espécie humana, não deixou de produzir, também, um universo de valores mítico-religiosos, o

qual aparece expresso nas crenças e mitologias que encontramos em torno daquelas mesmas ferramentas, existindo sérias probabilidades de o *Homo faber* ser, simultaneamente, *homo religiosus* (Eliade, 1978).

O segundo marco histórico tem lugar ao longo do primeiro milénio a.C. com o surgimento de uma nova matriz civilizacional, entre os anos 800-200 a.C.. Jaspers (2003) designa esse tempo como “tempo-axial”. Na China com Confúcio e Lao-Tse, no Irão com Zaratustra, na Grécia com vários filósofos (dos quais ganha particular destaque Sócrates), na Índia inicialmente com a Tradição Védica e depois com Buda, na Palestina primeiramente com os profetas e depois com Jesus Cristo, acentua-se uma viragem na História da Humanidade: do cosmológico para o antropológico; do *mythos* para o *logos*. Surgem, neste *tempo do eixo*, dois novos paradigmas: (1) o da Transcendência como razão ou *logos*, presente no pensamento filosófico grego, que se manifesta como *Sophia* ou *Sapientia* (e que está associada à Contemplação, considerada a forma mais elevada do conhecimento); (2) o da Revelação ou Fé do Povo de Israel (que se encontra plasmada na Palavra Bíblica, que é Palavra de Salvação). Trata-se, em suma, de duas formas de conhecimento da Transcendência, uma, a razão, proveniente da filosofia grega e outra, a revelação, oriunda da tradição judaico-cristã, cuja estrutura é teocêntrica.

Destinados, aparentemente, a percorrer caminhos paralelos, afastando-se um do outro, aqueles dois paradigmas irão, no entanto, aproximar-se, direcionando um novo rumo na História da Humanidade. É do encontro, interação e interpenetração entre um e outro paradigma que nascerá, na Idade Média, o discurso filosófico-teológico cristão. Este irá influenciar profundamente a cultura ocidental e, conseqüentemente, a conceção de espiritualidade, até ao advento da modernidade (Lima Vaz, 2002). Partindo do pressuposto de que a fé e a razão são elementos que fazem parte da sabedoria e que a fé ilumina a razão, a filosofia passa a ser conduzida em função da teologia e a verdade racional subordina-se à verdade revelada. Santo Agostinho (354-430 d.C.) e S. Tomás de Aquino (1227-1274 d.C.), arautos, respetivamente, da patrística e da escolástica, são dois nomes que influenciarão a conceção da espiritualidade medieval, destacando-se pelas linhas de pensamento filosóficas com que se identificam. Santo Agostinho, inspirado pelos “livros dos platónicos e depois de por eles ter sido levado a procurar a verdade incorpórea”

(Santo Agostinho, trad. 2001), distingue duas formas de conhecimento: uma *mutável e temporal* - a que ocorre através dos sentidos (estes apreendem os objetos exteriores) - outra que é *imutável e verdadeira* e que ocorre através da iluminação divina (sendo, neste caso, o conhecimento alcançado através da alma). Esta, sendo superior ao corpo, não só o anima, o vivifica, como procura a verdade, que é o próprio Deus. S. Tomás de Aquino, por sua vez, orientando-se mais para o mundo natural como criação de Deus, distingue a natureza da alma humana, das almas dos outros seres (da *alma vegetativa*, própria dos seres vegetais e da *alma sensitiva* inerente aos animais), por ser uma *alma imaterial*. S. Tomás de Aquino, inspirado em Aristóteles, vem afirmar que aquela se encontra unida ao corpo: este não pode existir nem viver sem a alma e, ainda que imortal, esta última, não tem uma vida plena sem o corpo. E, porque espiritual, a alma humana é imortal, contrariamente às almas dos outros seres (Freitas, 2004).

É neste contexto filosófico-teológico medieval que a palavra espiritualidade ganhará visibilidade. Como vocábulo, remonta, assim, ao período da patrística, e podemos encontrá-lo num texto de Pelágio (423-429) *De scientia divinae*: “*Age, ut in spiritualitate proficias*” que significa “Comporta-te do modo a progredir na espiritualidade” (Secondin, 2002, p. 28).

O Bispo de Avit, Viena, ainda no século V, por sua vez, endereçando uma carta ao seu irmão Apolinário, utiliza igualmente aquela expressão, *spiritualitate* e, no século VI, Dionísio, o Pequeno, ao traduzir o tratado *De opificio hominis* (Sobre a criação do homem), de Gregório de Nissa, “expressiu o termo grego *pneumatiké* pelo latino *spiritualem viam* (alguns manuscritos, porém, registam *spiritualitatem*), explicando-o da seguinte forma «Consiste na perfeição da vida segundo Deus» (Secondin, 2002, p. 29).

É entre os séculos IX e XI que o termo *spiritualitas* se propaga, associado a uma vida segundo o Espírito de Deus, ou seja, tendo presente uma vida à luz da fé, dependente da graça divina. Nos primórdios do século XII o uso daquele vocábulo torna-se mais frequente, ganhando outros sentidos: (1) como algo imaterial que está em oposição à matéria, a realidades temporais, tangíveis; (2) “no âmbito da administração dos bens da Igreja (*vicarius in spiritualitate*), com significado, portanto, mais especificamente jurídico, em oposição a *materialitas*, que designa os bens

temporais comuns.” (Secondin, 2002, p. 31); (3) em sentido filosófico, em contraposição a *corporeitas/corporalitas*.

É, todavia, o sentido originário – religioso e eminentemente cristão - que predominará: a espiritualidade como dependente da Graça divina encontra-se presente no ser humano através do Espírito (Sopro) de Deus. Para compreendermos melhor esta conceção, temos que trazer à colação o significado que foi atribuído *ad initio*, pela tradição judaico-cristã, à palavra *spiritus*, na qual repousa etimologicamente a palavra espiritualidade. Esse significado originário é o mesmo das palavras *ruah* (do hebraico) e *pneuma* (do grego). A palavra *ruah* aparece, na Bíblia, no Antigo Testamento, como o vento, isto é, o ar em movimento, que possibilita a vida; como o ar da respiração, que sustenta e anima o corpo sendo, sobretudo, sinónimo do hálito de *Iahweh* (Deus), através do qual o ser humano se torna um ser vivente, ou seja, ganha vida. No Novo Testamento, a palavra *pneuma* aparece com o mesmo significado de *ruah*, ou seja, como vento, ar, respiração, Espírito de Deus. Estes três conceitos - *spiritus*, *ruah* e *pneuma* - são distintos de outros três: *anima* (do latim) *nefesh* (do hebraico) e *psiquê* (do grego), que significam *alma* e que correspondem à dimensão psíquica, afetiva, intelectual, relacional do ser humano. Trata-se do centro vital da pessoa, uma realidade viva, que se constrói na relação com Deus, que é o princípio, o fundamento e a sustentação da vida. Distinguem-se, igualmente, dos termos *caro* (do latim), *basar* (do hebraico) e *sárx* (do grego) - que correspondem à *carne*, ou seja à nossa realidade física, biológica e, como tal, exprimem a precariedade, debilidade e fragilidade do ser humano, numa palavra, a sua finitude - apartando-se, ainda, da palavra *sôma*, que significa a corporeidade do ser humano através da qual este se relaciona com os demais e com o mundo que o rodeia.

De acordo com a antropologia judaico-cristã, o ser humano é um só, ainda que possa ser visto nesta tríplice dimensão: *corpo*, *alma* e *espírito*. Como *corpo* que é, o ser humano relaciona-se, num plano horizontal, com os outros e com o mundo. Enquanto *alma*, o ser humano é uma identidade na medida em que constitui o centro individual de consciência, aberto a uma relação, em sentido vertical, com Deus, que é *espírito*.

De todas as dimensões apresentadas, a que se revela fundamental é a dimensão espiritual, uma vez que pressupõe a relação com Deus, e o que qualifica, em última instância, a vida humana, na sua interioridade (*anima/nefesh/psiquê*) e na sua

fragilidade e finitude (*caro/basar/sárx*), é o sopro divino (*spiritus/ruah/pneuma*) que, para a tradição judaico-cristã, constitui o selo da imagem de Deus no ser humano. Esta visão tem como consequência o apelo à santidade e à perfeição, na medida em que o ser humano é portador do sopro de Deus, que é santo e perfeito. S. Paulo, na 1ª Carta aos Coríntios 6, 19, expressa metaforicamente esta concepção: “não sabeis que o vosso corpo é o templo do Espírito Santo, que habita em vós, porque o recebestes de Deus, e que vós já não vos pertenceis?”

A busca de Deus e a procura da santidade acentuar-se-ão, por isso, e segundo esta concepção, ao longo de toda a Idade Média, tendo como mediadora a Igreja e a Religião. A semântica deste último vocábulo aponta, *de per si*, caminhos para a compreensão da espiritualidade que é herdeira dessa época histórica. De entre as aceções possíveis para a palavra *religio*, prevaleceu a de *re-ligare* que, significando unir, tornar a ligar, sublinha a relação entre o ser humano e Deus, sendo esta a etimologia adotada por S. Tomás de Aquino nos seus escritos. Representando o pecado original a privação da santidade e da justiça originais, a natureza humana, segundo S. Tomás de Aquino, encontra-se enfraquecida nas suas forças, apesar de estar destinada a um fim mais alto mesmo depois do pecado, este sim, contrário à Lei eterna. Por isso, torna-se necessário que a mesma se volte a ligar (*re-ligare*) a Deus, o que acontece através da *religio* (Religião). Esta aparece definida como o conjunto de laços que unem o ser humano a Deus, por meio da sua atividade simbólica, da qual fazem parte a linguagem, os ritos e os gestos que lhe são próprios.

As vicissitudes históricas posteriores, trazidas pelo alvorecer da proclamação da racionalidade do indivíduo, levam à conseqüente afirmação, em Psicologia, do *Homo Psychologicus* que conduz à “morte de Deus” (Angerami-Camon, 2002), fruto de uma modernidade dessacralizadora e secularizante.

E, se é um facto que, ao longo da História, homens e mulheres se destacaram dos demais por uma vida mística, que influenciou gerações até aos nossos dias, certo é que, como afirma Secondin (2002, p. 32), “a crise do «quietismo» (fins do século XVII) acarretou o descrédito do tema e, especialmente, de todo o sector da mística. Durante muitos anos, ‘espiritualidade’ será sinónimo de esquisitice.”

Como consequência, o espiritual parte em busca de outras modalidades, ainda que revestidas de alguma laicidade (Vásquez, 2005), desembocando, nos finais do

século XX e início deste século, numa recuperação da espiritualidade e do fenómeno religioso. Estes expandem-se e expressam-se das mais variadas formas, a ponto de se poder designar este fenómeno de *nova onda mística* ou uma *neomística* (Angerami-Camon, 2002; Secodin, 2002) que respeita, não apenas às pessoas individualmente consideradas mas, igualmente, a coletividades.

A atualidade

Forcades (2005) apresenta-nos três exemplos de espiritualidades contemporâneas: (1) espiritualidades terapêuticas; (2) feministas; (3) monásticas. As primeiras formas de espiritualidade, partem do sujeito individualmente considerado e da vivência do momento presente. Inúmeras ofertas inundam o mundo ocidental para propor à pessoa a reconciliação consigo mesmo, sanando as suas dúvidas, os seus medos, as suas angústias, as suas ambiguidades. Num primeiro momento, a medicação substitui a espiritualidade, sendo que, a partir dos anos oitenta, no século passado, aumenta a procura das medicinas alternativas, as quais irão redundar nas espiritualidades *New Age*. Estas irão mesclar-se, entre outras, com algumas das premissas do budismo ocidental. Incluem, assim, uma variedade de práticas esotéricas e de crenças, fundindo tradições, religiões e culturas diferentes (Forcades, 2005; Secodin, 2002; Stuclyffe & Gilhus, 2014). Se bem que a designação *New Age* tenha caído atualmente em desuso e o fenómeno não tenha muita visibilidade nas sociedades atuais, o mesmo vem proliferando, paulatina e silenciosamente, captando a atenção dos investigadores (Stuclyffe & Gilhus, 2014). As segundas formas de espiritualidade, subdividem-se em espiritualidades feministas para a igualdade e em espiritualidades para a diferença. No primeiro caso, situam-se numa linha de “combate” aos estereótipos entre o masculino e o feminino como naturezas distintas do ser humano e, no segundo caso, apesar de reconhecerem as diferenças entre feminilidade e masculinidade, aquela não assume uma posição de subordinação em relação a esta. As espiritualidades ditas feministas são vividas, sobretudo, valorizando a experiência pessoal e colocam uma série de questões pondo em causa, por exemplo, a linguagem, no masculino, que é utilizada no seio da Religião, bem como a forma como a mesma se estrutura institucionalmente, uma vez que os cargos investidos com poder sagrado ou com representatividade se encontram destinados exclusivamente aos homens (Forcades, 2005; Villiers, 1999). Por fim, as terceiras formas de

espiritualidade – monásticas - são oriundas das religiões existentes e pressupõem a vivência comunitária, a oração silenciosa, a vida de interioridade. No presente, encontram-se dois movimentos antagônicos ao nível das chamadas espiritualidades monásticas: há mosteiros que estão abertos a receber jovens que, dentro de uma espiritualidade mais na linha *New Age*, a eles recorrem (como meio de encontrar a paz interior que buscam) e aqueles que, num movimento oposto, cerram fileiras, mantendo-se numa linha mais conservadora (Forcades, 2005).

Hill et al. (2000), por sua vez, partindo da revisão de literatura feita por Spilka, em 1993, apresentam sinteticamente, as três categorias em que os vários entendimentos contemporâneos sobre a espiritualidade se agrupam: (1) uma espiritualidade orientada para Deus onde o pensamento e a prática se baseiam em teologias, ampla ou restritamente concebidas; (2) uma espiritualidade orientada para o mundo, salientando uma relação única com a ecologia e a natureza; (3) uma espiritualidade humanista (ou orientação para as pessoas), acentuando o potencial e a realização humanos.

Davis, Hook, e Worthington (2008); Worthington e Aten (2009); Worthington, Hook, Davis, e McDaniel (2011), para além de defenderem aqueles três tipos de espiritualidade que designam, respetivamente, por (1) espiritualidade religiosa; (2) espiritualidade ligada à natureza; (3) espiritualidade humanista, defendem um quarto tipo de espiritualidade: *a espiritualidade cósmica*. A primeira, segundo aqueles autores, envolve um sentido de proximidade e ligação ao sagrado, tal como é descrito por uma qualquer Religião (e.g., Cristianismo, Islamismo, Budismo), sendo um tipo de espiritualidade que promove uma aproximação a um Deus particular ou a um Poder Superior. A segunda, envolve um sentido de proximidade e ligação ao meio ambiente e à natureza. A terceira, está direcionada para a humanidade, desenvolvendo um sentido de ligação a um grupo geral de pessoas e envolvendo, normalmente, sentimentos de amor, altruísmo ou reflexão. Por último, a quarta, a espiritualidade cósmica, reporta-se à ligação com toda a Criação. Este é um tipo de espiritualidade que é experienciada não só através da meditação, mas também através da contemplação da magnificência da Criação (Worthington, Hook, Davis & McDaniel, 2011).

No que respeita à ligação com a Natureza, Ashley (2007) denomina-a de *wilderness spirituality*, realçando o facto de as paisagens naturais serem geradoras de

profundas conotações afetivas e espirituais, ainda que reconheça a complexidade e a multidimensionalidade da relação entre as pessoas e os lugares, a Natureza, na sua *wilderness*, ou seja, na sua imensidão, na sua infinidade.

Perante este enunciar de espiritualidades, torna-se pertinente indagar se estaremos face a distintas espiritualidades ou apenas perante diversas formas ou modalidades de espiritualidade. Vásquez (2005) responde a esta questão dizendo que, sendo apenas uma, a espiritualidade está dependente da atitude do sujeito, pelo que assume diferentes formas traduzidas numa pluralidade de expressões e modalidades socioculturais, a que não são estranhos outros fatores contextuais (Vásquez, 2005). Hill et al. (2000) afirmam que a espiritualidade deve ser olhada como um constructo multidimensional, sendo reiterado por Meezenbroek et al. (2012).

Para Angerami-Camon (2002), o que está aqui presente é a própria dimensão espiritual do ser humano e a própria condição humana, uma vez que aquela está imbricada nessa condição. Piedmont e Leach (2002) assumem uma posição similar quando defendem que a espiritualidade é uma qualidade dos indivíduos que transcende a cultura e o contexto. Trata-se, assim, de um aspeto universal da experiência humana já que atravessa diferentes sociedades e culturas, ao longo dos tempos, fazendo parte da experiência vital do ser humano (Fisher, 2011; Piedmont & Leach, 2002).

Definindo a espiritualidade de uma pessoa como o seu carácter ou forma de ser espiritual, Casaldáliga e Vigil (1992) afirmam que a mesma é suscetível de ser medida, avaliada. Esta última afirmação ganhou sustentação no campo científico a partir do momento em que as Ciências Humanas canalizaram o seu interesse para o tópico da espiritualidade, numa tentativa de perceber em que medida é que aquela afeta o comportamento humano, quer individual, quer coletivamente.

Dificuldades na definição do conceito

Apesar de a religião continuar a ser a fonte onde muita gente busca o sentido para a sua vida (Hood, Hill, & Spilka, 2009), a verdade é que o mundo secularizado em que vivemos contribuiu, seguramente, não só para uma reestruturação do papel e da função que a mesma desempenhou durante séculos, mas também para que emergissem as novas formas de vivência da espiritualidade de que demos conta. A questão que se coloca é a de saber quais as consequências que tal acarreta para a

consistência dos constructos e se os mesmos são (in) separáveis, o que, no seio académico, tem suscitado uma reflexão e algumas críticas, revelando que a questão não é pacífica. Hood et al. (2009), entendem que o Ocidente, deixando-se cativar, nas últimas décadas, pelo vocábulo espiritualidade, vulgarizou a utilização do mesmo, em substituição do termo “religião”, o que é perfilhado por Paloutzian e Park (2005), os quais referem que foi a preocupação em separar o constructo da espiritualidade dos restantes – religião e religiosidade– que, nos últimos anos, teve como consequência um proliferar de definições de uns e de outros. Hill et al. (2000) atribuem essa situação ao que apelidam de recente cisma causado pelo fenómeno da secularização que afetou a perceção do divino, opondo os dois constructos: o da religião e o da espiritualidade.

Realçando a oposição que tem sido feita entre os constructos, Zinnbauer e Pargament (2005, p. 27) afirmam que «os exemplos mais flagrantes são os que colocam a religiosidade como substantiva, estática, institucional, objetiva, baseada em crenças, “má”, em oposição a uma espiritualidade funcional, dinâmica, pessoal, subjetiva, baseada na experiência, “boa”». No mesmo sentido, Smith (2007, p. 17), salienta o facto de a espiritualidade aparecer caracterizada com uma “linguagem dinâmica, ampla e de convívio” e a religião com “uma linguagem estreita, axiomática e restritiva”.

A investigação conduzida por Hyman e Handal (2006) levou à conclusão de que a relação exata entre religião e espiritualidade parece ser ainda pouco clara, tendo aqueles investigadores inferido que poderemos, ou não, estar perante o mesmo constructo, constructos diferentes, ou que um e outro poderão estar relacionados. No mesmo sentido, Koenig (2008a) dá conta do resultado do estudo feito a 838 pacientes a quem foi pedido que se autocaracterizassem como sendo religiosos, espirituais, ambos ou nenhum. Cerca de 90% dos respondentes assinalaram como sendo ambos – religiosos e espirituais. Koenig (2008a) alerta, por isso, para os perigos que se corre ao ter-se alargado, nos últimos anos, o significado do termo espiritualidade de forma a incluir-se naquele os conceitos próprios da Psicologia positiva como *meaning* e *purpose*, *connectedness*, *peacefulness*, *personal well-being* e *happiness*. Segundo aquele autor, passou, não só a incluir-se, na espiritualidade,

aspectos seculares que não têm nada que ver com a religião, mas também se arredou esta, completamente, daquele outro conceito (Koenig, 2008a).

Zinnbauer et al. (1997), por sua vez, chamando a atenção para o facto de se estar a colocar em causa a compreensão dos conceitos e a sua consistência, alertam para as consequências dessa variedade de conceptualizações: (1) a dificuldade em saber o significado que investigadores e participantes atribuem aos mesmos; (2) o prejuízo que a falta de consistência acarreta para os estudos científicos, designadamente o facto de não se poderem retirar conclusões gerais a partir das investigações que se realizam.

Analogamente, outros autores (Hyman & Handal, 2006; Smith, 2007; Smith & Louw, 2007; Zinnbauer & Pargament, 2005) chamam a atenção, não só para o facto de a religião e de a espiritualidade serem conceptualizadas, definidas e usadas das mais variadas formas, mas também para a circunstância de existir um número infindável de instrumentos para as medir, instrumentos esses que se fundamentam nas mais diversas teorias e *designs*, e cujas escalas não têm, na sua maioria, o seu conteúdo validado.

Mais recentemente, Oman (2013) alerta-nos para esta problemática, apresentando-nos uma síntese do conjunto de definições, passadas e presentes, dos constructos da religião e da espiritualidade, utilizadas em diferentes contextos académicos (que vão desde a Teologia, passando pela Psicologia, Psiquiatria, Medicina, Enfermagem e Saúde), desde o início do século XX até ao ano 2008/2009, apelando para a necessidade de tornar o constructo da espiritualidade mais consistente, em prol da sua cientificidade.

Em busca de consensus

Concordando os investigadores que é premente um consenso em torno dos constructos da espiritualidade, da religião e da religiosidade, vão surgindo alguns referenciais comuns, sobretudo ao nível dos constructos da religião e da religiosidade.

Quanto ao primeiro, podemos sintetizar como aspectos mais comumente aceites, qualquer que seja a religião e ainda que esta varie de cultura para cultura, os seguintes: a sua organização/instituição, as crenças, a doutrina, os rituais, a tradição, os aspectos sociais e comunitários, a sua exteriorização pública, o código de conduta moral (pessoal e social). O constructo pode abranger o sobrenatural, o não-natural, o

teísmo, o deísmo, o ateísmo, o monoteísmo, o politeísmo e, em ambos os casos, divindades finitas e infinitas, caracterizando-se como a procura do sagrado que ocorre objetivamente (Hill et al., 2000; Hinde, 1999; Hood et al., 2009; Hyman & Handal, 2006; Koenig, 2008a, 2008b; Koenig, King, & Carson, 2012; Pargament & Mahoney, 2002; Smith, 2007; Zinnbauer & Pargament, 2005; Zinnbauer et al., 1997).

Relativamente à religiosidade, a mesma apresenta-se como pública, social e institucional mas pode, igualmente, assumir uma vertente mais privada e individual, sendo que está associada, num e noutro caso, a práticas religiosas, podendo essas práticas valerem como um fim em si mesmo ou para outros fins, distinguindo-se, respetivamente, entre religiosidade “intrínseca” e “extrínseca”, quando, no primeiro caso, a pessoa *vive* a religião e, no segundo caso, a pessoa *usa* (serve-se) da religião para os seus próprios fins (Alport & Ross, 1967; Koenig, 2008a).

Já quanto ao constructo da espiritualidade, a questão não se revela tão pacífica no que respeita à sua definição, nem tão pouco quanto ao seu enquadramento.

De entre os autores que defendem que a espiritualidade tem um campo específico que é o da religião, encontra-se Zinnbauer et al. (1997). Embora reconheçam que os constructos sejam distintos, aqueles autores entendem que eles estão relacionados. Incluir a espiritualidade na religião justifica-se, no entender de Zinnbauer et al. (1997), por dois motivos: (1) dá-se continuidade a uma longa tradição de estudos; (2) evita-se a dicotomia entre a religião e a espiritualidade. Para aqueles autores, a religião inclui ambos os aspetos: o pessoal e o institucional; o tradicional e o progressista, pelo que a sua amplitude permite a inclusão das várias mudanças culturais, muitas delas efémeras.

Num sentido próximo ao referido, Koenig (2008a), perfilhando a definição de espiritualidade de Hufford, “como uma relação pessoal com o transcendente” e a de religião como “os aspetos comunitários da espiritualidade” (Hufford citado por Koenig 2008a, p. 16), entende que devemos trazer novamente a definição para as suas origens, na religião, seja ela tradicional ou não tradicional, porquanto (1) torna-se mais fácil medir um conceito só; (2) as raízes históricas da espiritualidade estão associadas à religião ou ao sobrenatural (pressupondo, por isso, sempre, uma linguagem religiosa e, como tal, uma ligação à religião); (3) o conceito de religião, tal como é por si defendido, é um conceito suficientemente abrangente pois inclui, não só

expressões tradicionais e não tradicionais, crenças pessoais e privadas (atividades que não estão condicionadas a aspetos organizacionais e institucionais), mas também a procura ou busca do Sagrado ou Transcendente (Koenig, 2008a). Segundo este autor, toda e qualquer atividade que não tenha nenhuma ligação à religião ou ao sobrenatural, quando muito, poderá ser intitulada de “humanista” e não de espiritualidade *stricto sensu* uma vez que, no seu entender, há que distinguir a espiritualidade propriamente dita, das suas consequências (e.g., quando as pessoas falam, entre outros aspetos, em paz interior, ligação com os outros, conforto, estão a falar, não da espiritualidade em si, mas sim do resultado da prática espiritual).

Outros autores, porém, procuram enquadrar os constructos, sobretudo o da espiritualidade, de uma forma mais abrangente. Smith (2007), entendendo que se deve conceptualizar os constructos da espiritualidade e da religião/religiosidade dentro de um quadro que possa evitar os obstáculos empíricos com que os investigadores se têm debatido, faz uma proposta que, no seu entender, nos conduz a um caminho de convergência e congruência, a partir dos escritos de Wilber, datados de 1999, 2005, e dos seus constructos de *translation* e de *transformation*. Aquele autor advoga, a favor da sua tese, que o primeiro constructo de Wilber, *translation*, pressupondo um movimento horizontal do *self* pelo qual “a crença nos mitos e nos rituais fortifica e defende a pessoa da angústia que lhe é inerente e das dúvidas existenciais da condição humana” (Smith, 2007, p. 15), confere a necessária legitimidade às crenças de cada pessoa e à sua visão do mundo, enquanto o segundo constructo, *transformation*, como movimento vertical que pressupõe uma abordagem holística através da qual “a pessoa é unificada e integrada numa experiência fenomenológica profundamente aberta e transcendentemente compassiva e presente” (Smith, 2007, p. 15), confere a verdadeira autenticidade a essas mesmas crenças pessoais e à visão do mundo que cada um tem.

Uma outra proposta surge de Rovers e Kocum (2010) e vai no sentido de ser desenvolvido um modelo holístico de espiritualidade, a partir dos aspetos que os autores consideram serem os mais similares nas várias definições que existem no constructo. Concebendo a espiritualidade “como a força motriz que dá sentido, a estabilidade e propósito/sentido à vida através do parentesco com dimensões que transcendem a pessoa” (Rovers & Kocum, 2010, p. 17), salientam que essas dimensões

são três: (1) *a fé* (aqui inclui-se a espiritualidade teísta ou a crença num Deus/deuses ou num ser transcendente); (2) *a Esperança* (situa-se ao nível de uma espiritualidade existencial e de sentido/preenchimento/propósito de vida); (3) *o Amor* (como a vertente comunitária da espiritualidade englobando, ainda, a ligação, a relação e o amor ao próprio, aos outros e ao mundo). Estas três dimensões têm-se revelado convergentes nos vários estudos, sendo as que, segundo aqueles autores, nos apontam o caminho, não só na direção de uma definição comum de espiritualidade mas, igualmente, no sentido da criação de um instrumento de medida mais englobante para a mesma. E, por isso, propõem um modelo concebido a partir destas três dimensões, em cuja avaliação o mesmo assenta o qual, segundo aqueles autores, tem a vantagem de apresentar uma definição ampla de espiritualidade, permitindo a sua aplicabilidade em investigações grandes e heterogéneas (Rovers & Kocum, 2010). Muito próximo deste modelo holístico, encontra-se Ross (1995), que perfilha a definição de dimensão espiritual apresentada por Renetzky, em 1979, a partir de três grandes componentes: (1) a necessidade de encontrar sentido, razão e preenchimento na vida; (2) a esperança/vontade para viver; (3) a fé em si mesmo, nos outros ou em Deus.

Na tentativa de encontrar um protótipo amplo, dentro do qual a espiritualidade possa ser conceptualizada, Piedmont (1999a, 1999b, 2001, 2004, 2007) vê-a como uma fonte intrínseca de motivação o que, no seu entender, a torna num constructo estável ao longo do tempo. Apresenta como argumentos para que assim seja, entre outros, os que, sumariamente, apresentamos:

- A espiritualidade não surge de quaisquer práticas religiosas específicas, ao invés, representa a matéria-prima a partir da qual surge a religiosidade e, como tal, os comportamentos religiosos;

- É uma qualidade singular que transcende a cultura e o contexto, sendo, por isso, uma feição característica universal do ser humano;

- Apresenta-se como um traço idêntico a um dos fatores da personalidade mas não se encontra mediatizado por esta, representando antes um aspeto do funcionamento psicológico que se tem vindo a revelar independente dos restantes cinco fatores da personalidade;

- Tem o seu suporte em vários estudos empíricos levados a efeito, designadamente os de Piedmont (1999a, 1999b, 2001, 2004), entre outros, assumindo, esses estudos, uma vertente transcultural (Dy-Liacco, Kennedy, Parker, & Piedmont, 2005; Piedmont, Ciarrochi, Dy-Liacco, & Williams, 2009; Piedmont & Leach, 2002).

Meezenbroek et al. (2012), a partir da análise que fizeram a mais de oitocentos artigos que recolheram, propõem uma definição de espiritualidade (que consideram ser suficientemente abrangente para cobrir as várias dimensões encontradas nos estudos, que foram objeto daqueles artigos) que refletisse as experiências, quer das pessoas de diferentes origens religiosas ou seculares, quer das muitas pessoas que, na cultura atual ocidental, buscam “a profundidade e o sentido da vida, a partir de experiências pessoais e *insight*, ao invés de o fazerem com base em regras externas, normas e expectativas” (Meezenbroek et al., 2012, p. 338). Assim, definem espiritualidade como “o esforço e a experiência de ligação que cada pessoa tem consigo própria, com os outros, com a natureza e com o transcendente” (Meezenbroek et al., 2012, p. 338), sendo que, neste último caso, se inclui tudo o que está para além do que é humano, tal como o Universo, a realidade transcendente, o Poder Supremo e Deus. O termo *connectedness*, aqui traduzido por “ligação” parece ser, no entender dos autores, o que melhor engloba os vários aspetos que aparecem evidenciados nas questões da espiritualidade para cada ser humano. Assim, na *ligação consigo próprio* incluem a autenticidade, a harmonia e a paz interiores, a consciência, o autoconhecimento, a procura do sentido para a vida; na *ligação aos outros e à natureza* abrangem a compaixão, o cuidar, a gratidão, o espanto/deslumbramento e, por último, na *ligação ao Transcendente* abarcam a contemplação, a esperança, a sacralidade e a adoração do Transcendente ou, ainda, as experiências transcendentais (Meezenbroek et al., 2012).

Mais recentemente, Oman (2013), defendendo que, quer a religião, quer a espiritualidade, devem ser consideradas como conceitos que são da mesma família e, por isso, são semelhantes, aponta-nos caminhos no sentido defendido por Molendjick, em 1999. Advogando que cada um dos constructos pode ser definido por *clusters of features*, e que ambos se apresentam como fortes candidatos a serem *prototype concepts*, defende que a definição a adotar está dependente e encontra-se ao serviço de cada investigação. Segundo aquele autor, a questão a colocar “não deve ser «qual é

a definição correta?» mas antes «qual é a melhor e mais adequada definição para aqueles dados e tópicos específicos, para aquele contexto?» ” (Oman, 2013, p. 25).

Torna-se, por isso, necessário que cada investigador opte pela definição que seja apropriada ao seu estudo, a partir de três amplas abordagens que Oman (2013) considera serem as orientadoras para qualquer principiante nestas lides: (1) a religião e a espiritualidade como um processo de procura (na linha do preconizado por Hill et al., em 2000; Pargament, em 1997, 2007; Zinnbauer & Pargament, em 2005); (2) o desenvolvimento espiritual como uma capacidade inerente de autotranscendência (defendida por Roehlkepartian et al., em 2006); (3) uma religião, múltiplas espiritualidades (abordagem de Koenig, 2008a e Koenig et al., 2012). Para mais pormenores, veja-se Oman (2013).

Paloutzian e Park (2013), por seu turno, propõem um paradigma multidisciplinar (MIP – *The Multilevel Interdisciplinary Paradigm*) que envolva distintas áreas científicas para além da Psicologia, como sejam a Antropologia, a História, a Neurociência, a Biologia, a Sociologia, a Linguística, a Religião. Justificam este seu modelo em virtude de estas áreas científicas estudarem, tal como a Psicologia, a religião, a religiosidade e a espiritualidade, ainda que o façam sob o seu prisma. Como tal, poderão dar um contributo válido para a compreensão do fenómeno religioso e espiritual; distintas formas de ver as questões convergiriam, de acordo com o modelo apresentado por Paloutzian e Park (2013), para que se pudesse encontrar conceitos teóricos que sejam mais integradores do que os que existem atualmente.

Concordando que é necessária uma visão global e integrada do fenómeno da espiritualidade, entendemos fazer todo o sentido que essa visão se alcance apenas com o contributo de todas as áreas científicas. Isto porque, o que está verdadeiramente em causa é a compreensão do ser humano, enquanto ser complexo que é, dotado de uma dimensão biopsicosocial mas, também, espiritual.

É nosso entendimento, ainda, que, apesar de o fenómeno da globalização propender a que se esbatam as fronteiras culturais, a culturalidade, não é, por enquanto, uma questão despicienda, quando se fala em espiritualidade, para distingui-la ou desenraizá-la da religião e da religiosidade. Num país maioritariamente católico como Portugal (Censos 2011; Teixeira, 2012), as dificuldades para definir a espiritualidade fora da religião ou da religiosidade revelam-se maiores (Caldeira,

Castelo Branco, & Vieira, 2011; Costa Catré et al., 2014), criando obstáculos para se dar resposta e apoio (e.g., no campo da saúde), às pessoas que vivem a espiritualidade desligada da religião (Caldeira, Castelo Branco, & Vieira, 2011). No estudo de Costa Catré et. al. (2014), com grupos focais (constituídos por elementos da religião predominante, de algumas religiões minoritárias e, ainda, por sujeitos heterogéneos), pudemos constatar, justamente, que existiu uma dificuldade inicial na definição do conceito, pelos intervenientes nesse estudo. Verificámos que tal ficou a dever-se ao facto de o mesmo ter sido considerado, pelos grupos focais, como sendo “um termo vago e abstrato” (Costa Catré et al., 2014, p. 407). Somente na interação dos sujeitos, e socorrendo-se de indicadores *a contrario* (a espiritualidade surge por oposição à materialidade) ou o próprio recurso à etimologia da palavra – “espírito” -, é que foram surgindo aspetos que permitiram destacar a espiritualidade da religião e da religiosidade. Torna-se interessante verificar que, da discussão desses grupos focais, resulta, *a posteriori*, que a espiritualidade se encontra associada à fé, às crenças espirituais, à saúde (surgindo relacionada com o *coping*, “como base de sustentação da doença”) e ao bem-estar; compreende um componente espiritual, mas também elementos culturais e ambientais; é algo que anima o ser humano e o distingue dos animais irracionais, sendo, ainda, a capacidade de o indivíduo se transcender; surge como algo que é inerente ao ser humano, que é intrínseco ao mesmo, que tem a ver com a sua interioridade. Todavia, os outros/o grupo/a comunidade surgem, igualmente, como aspetos importantes para a vivência da espiritualidade.

A nosso ver, a questão tem sido mal colocada, quando se afirma que há múltiplas espiritualidades. Concordando com Angerami-Camon (2002), Fisher (2011), Piedmont e Leach (2002) e Vásquez (2005), defendemos que estamos perante um aspeto vital e universal do ser humano que atravessa os tempos, distintos povos e culturas, aspeto esse que não resulta de quaisquer práticas religiosas, antes conduz a essas práticas ou a outras, revestidas de laicidade.

Parafraseando Pargament e Mahoney (2002, p. 647) “spirituality is a process that speaks to the greatest of our potentials (...) may be what makes us uniquely human”, entendemos que a espiritualidade é o que nos faz ser mais pessoas, o que nos humaniza. Sob este prisma, defendemos uma posição eclética. Sem dúvida que a espiritualidade não pode estar arredada do conceito de *transcendência*, mas esta não

se reduz apenas à ligação com o Transcendente *stricto sensu*, ao invés, acarreta, a nosso ver, quatro componentes fundamentais: (1) a capacidade que existe no ser humano de se autotranscender, a qual se encontra associada às questões existenciais (entre outras, às questões do sentido para a vida e para a morte); (2) a abertura ao Transcendente (tenha ele a designação de Deus, Poder Supremo ou outra, algo que é, reconhecidamente, Superior ao ser humano porque este, na sua finitude, na sua “auto-insuficiência”, descobre e abre-se ao infinito, ao que o transcende, ao Sobrenatural); (3) a ligação ao mundo e à grandiosidade da natureza; (4) a ligação aos outros já que “é o reconhecimento do eu pelo tu que possibilita a um indivíduo tornar-se propriamente (e equilibradamente) um *sujeito* concreto. *Alguém*” (Formosinho & Oliveira Branco, 1997, p. 274), numa relação verdadeiramente dialógica.

Concordamos com Koenig (2008a, 2008b) e com Koenig et al. (2012), quando estes defendem que o espírito não é o mesmo do que os seus *frutos*, citando a passagem bíblica da Carta de S. Paulo aos Gálatas 5, 22-23: “é este o fruto do Espírito: amor, alegria, paz, paciência, benignidade, bondade, fidelidade, mansidão, auto-domínio”. Ainda que numa visão eminentemente cristã, a mesma, parece-nos, poder ser extensível à espiritualidade como a entendemos, ligada ou não à religião. Naturalmente que as pessoas que abraçam uma religião, como a cristã, não dissociam esses *frutos* sem a ligação a Deus, especificamente ao Espírito Santo, sendo esse, inclusive, o contexto em que se insere aquela mesma passagem bíblica.

Nada impede, todavia, a nosso ver, que a espiritualidade, mesmo que não enquadrada na religião, tal como a descrevemos, a partir daqueles quatro componentes, dê aqueles *frutos*. Claro que avaliar esses *frutos*, é avaliar, como defendem Koenig (2008a, 2008b) e Koenig et al. (2012), o resultado da espiritualidade, da prática espiritual, e não a espiritualidade em si mesma. Desta forma, entende-se a posição de Oman (2013): primeiramente, devemos enquadrar muito bem o objeto do nosso estudo e, sobretudo, clarificar os constructos que utilizamos, para saber o que estamos a avaliar.

Considerações finais

Por mais que queiramos negar, a espiritualidade faz parte da nossa condição humana (Angerami-Camon, 2002; Fisher 2011; Piedmont & Leach, 2002; Vásquez, 2005). E, de facto, conforme vimos, desde os mais arcaicos níveis de cultura que o ser humano tem revelado ter presente uma dimensão religiosa e espiritual.

Enquanto ser pensante que é, capaz de compreender-se a si próprio, fruto de existir nele uma dualidade, que o distingue dos outros animais e da natureza em geral, o ser humano, está em permanente deslocação em relação a si próprio, sendo nessa deslocação de si, que, logo cedo, descobriu a espiritualidade como algo que lhe é próprio e que o identifica.

Embora, historicamente, a experiência da Transcendência possa remontar ao *homo faber*, a sua conceptualização data, todavia, do designado “tempo-eixo ou tempo axial” (situado entre os anos 800-200 a.C.), período crucial em que se constituíram as categorias fundamentais com que até hoje pensamos, e tiveram início as religiões mundiais que os seres humanos ainda hoje praticam, as quais têm vindo a perpetuar-se, desde então, ao longo de toda a História da Humanidade.

Apesar da proclamação histórica da racionalidade e da dessacralização das sociedades modernas, o espiritual buscou sempre, ainda que silenciosamente, novas formas para se manter vivo, acabando por ganhar um novo fôlego e uma maior visibilidade a partir do século passado, mas irrompendo fortemente no início deste século.

As Ciências Humanas e Sociais não ficaram alheias a esta realidade, pelo que foram, paulatinamente, canalizando o seu interesse para o tópico da espiritualidade, sobretudo na tentativa de perceber em que medida é que ela afeta o comportamento humano, quer individual, quer coletivamente. Todavia, não o fizeram sem alguma controvérsia, dada a ambiguidade do constructo da espiritualidade porquanto existem dois outros constructos – o da religião e o da religiosidade – que, remontando às suas origens conceptuais, dificultam a sua definição, conforme tivemos oportunidade de evidenciar, resultado da investigação que fizemos. Pudemos, também, constatar que, alguns autores (e.g., Hood et al., 2009; Koenig, 2008a, 2008b; Koenig et al., 2012; Paloutzian & Park, 2005) entendem que foi a separação do constructo da espiritualidade daqueles últimos conceitos que conduziu a um proliferar de definições

de uns e de outros, desembocando numa ausência de consenso em torno dos mesmos.

Se, como vimos, relativamente aos constructos da religião e da religiosidade, os autores sejam mais concordantes entre si, o mesmo não se passa, por enquanto, em relação ao conceito da espiritualidade.

Concordando os investigadores, no entanto, que é premente um consenso, em prol da garantia da cientificidade dos estudos, e apesar das propostas concretas que se vão fazendo para alcançar esse consenso, há, todavia, um longo caminho a percorrer até que o mesmo se torne realidade.

Numa radicalização do discurso, Koenig (2008b) defende que, ou se define a espiritualidade da forma tradicional, dentro da religião (evitando-se, desse modo, a sua “contaminação”), ou a mesma deve ser banida das investigações académicas.

Entendemos não ser a solução, uma vez que o fenómeno manter-se-á associado, ou não, à religião, porque é uma das dimensões do ser humano, a par das dimensões física, psicológica e social. A não ligação à religião é uma realidade à qual não podemos fugir (veja-se Costa Catré, et al., 2014; Teixeira, 2012 sobre a situação, em Portugal, dos designados “crentes sem religião”; “crentes sem prática religiosa regular e assídua/Católicos não praticantes”). Para essa realidade, em muito tem contribuído a carga pejorativa que alguns atribuem aos termos “religião” ou “religiosidade” [note-se que já nos anos 60 do século passado, a Igreja, reunida no Concílio Ecuménico Vaticano II, alertava para o seguinte: “ao contrário do que sucedia no século passado, negar Deus ou a religião, ou prescindir deles, já não é um facto individual e insólito” (Gaudium et Spes, nº 7). Mais adiante, assume um *mea culpa*, quando responsabiliza, em parte, os crentes que, “pela negligência na educação da fé, ou por exposições falaciosas da doutrina, ou ainda pelas deficiências da sua vida religiosa, moral e social (...), antes esconderam do que revelaram o autêntico rosto de Deus e da religião” (Gaudium et Spes, nº 19)].

Em suma, defendemos, portanto, que, ao invés de se eliminar a espiritualidade, como constructo, do meio científico, devemos continuar a fazer caminho, sendo da discussão académica sobre a problemática, e das propostas que se têm vindo a fazer, que poderá alcançar-se um consenso. É nosso entendimento que a questão deve ser recolocada: *o que faz com que o ser humano tenha uma prática*

espiritual e/ou religiosa, que, como vimos, é ancestral, atravessa os povos e as diferentes culturas?

A resposta a esta questão, por certo, permitirá que se ultrapasse, futuramente, a dispersão das definições (que conduzem à inconsistência dos constructos e à “contaminação” dos estudos), evitando, além do mais, o risco de virmos a estar, como referem Zinnbauer et al. (1997), perante o estudo social científico da religião demasiado “estreita” e da espiritualidade “difusa”. Com a análise crítica que fizemos, à problemática, pensamos ter dado um contributo válido, nesse sentido.

Referências

- Alport, G., & Ross, M. (1967). Personal Religious orientation and prejudice. *Journal of personality and social psychology*, 5 (4), 432-443.
- Angerrami-Camon, V. (2002). O papel da espiritualidade na prática clínica. In: V. Angerrami-Camon (Org), *Novos rumos na Psicologia da saúde*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Arendt, H. (1995). *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Ashley, P. (2007). Toward an Understanding and Definition of Wilderness Spirituality. *Australian Geographer*, 38 (1), 53-69. doi:10.1080/00049180601175865
- Barros Oliveira, J. (2007). espiritualidade e Religião: Tópicos de Psicologia Positiva. *Psicologia, Educação e Cultura*, XI (2), 265-287.
- Caldeira, S., Castelo Branco, Z., & Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (5), 145-152.
- Casaldáliga, P., & Vigil, J. M. (1992). *espiritualidad de la Liberación*. Coleção Presencia Teológica, 71. Santander: Editorial Sal Terrae.
- Censos (2011). Instituto Nacional de Estatística. Retirado de <http://goo.gl/ReyyRV>
- Costa Catré, M. N., Ferreira, J. A., Pessoa, T., Pereira, M., Canavarro, M. C., & Catré, A. (2014). O domínio SRPB (Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs) do WHOQOL: O estudo com grupos focais para validação da versão em Português europeu do WHOQOL-SRPB. *Análise Psicológica*, 4 (XXXII), 401-417. doi: 10.14417/ap.872

- Davis, D., Hook, J., & Worthington, E., Jr. (2008). Relational spirituality and forgiveness: the roles of attachment to God, religious *coping*, and viewing the transgression as a desecration. *Journal of Psychology and Christianity*, 27, 293–301.
- Dy-Liacco, G., Kennedy, C., Parker, D., & Piedmont, R. (2005). Spiritual Transcendence as an unmediated causal Predictor of Psychological Growth and Worldview among Filipinos. *Social Scientific Study of Religion*, 16, 261-285.
- Eliade, M. (1978). *História das Ideias e das Crenças Religiosas*. Tomo I, Vol I. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Fisher, J. (2011). The Four Domains Model: Connecting Spirituality, Health and Well-Being. *Religions*, 2, 17-28. doi:10.3390/rel2010017
- Forcades, T. (2005). Hacia una espiritualidad postreligiosa? *Iglesia Viva-Revista de Pensamiento Cristiano*, 222 (2), 41-52.
- Formosinho, S., & Oliveira Branco (1997). *O Brotar da Criação – um olhar pela Ciência, a Filosofia e a Teologia*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Freitas, M. (2004). *O Ser e os seres. Itinerários filosóficos*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Hill, P., Pargament, K., Hood, R., Jr, Mccullough, M., Swyers, J., Larson, D., & Zinnbauer, B. (2000). Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Journal of the Theory of Social Behavior*, 30 (1), 51-77.
- Hinde, R. (1999). *Why Gods persist – a Scientific approach to Religion*. New York: Routledge.
- Hyman, C., & Handal, P. (2006). Definitions and Evaluation of Religion and Spirituality Items by Religious Professionals: a Pilot Study. *Journal of Religion and Health*, 45 (2), 264-282.
- Hood R., Jr., Hill, P., & Spilka, B. (2009). *The Psychology of Religion, an empirical approach* (4^a ed.). New York: The Guilford Press.
- Jaspers, K. (2003). *Os Mestres da Humanidade*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Koenig, H. (2008a). *Medicine, Religion and Health: Where Science and Spirituality meet*. West Conshohocken PA: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H. (2008b). Concerns about measuring “spirituality” in research. *Journal of Nervous and mental Disease*, 196 (5), 349-355. doi:10.1097/NMD.ob013e3186ff796

- Koenig, H., King, D., & Carson, V. (2012). *Handbook of Religion and Health* (2ª ed.). New York: Oxford University Press.
- Lima Vaz, H. (2002). *Filosofia e Cultura*. Escritos de filosofia III (2ª ed.). São Paulo: Edições Loyola.
- May, R. (1977). *Psicologia e dilema humano* (3a ed.). Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Meezenbroek, E., Garssen, B., Van Den Berg, M., Van Dierendonck, D., Visser, A., Schaufeli, W. (2012). Measuring Spirituality as a Universal Human Experience: A Review of Spirituality Questionnaires. *Journal of Religion and Health*, 51, 336–354. doi: 10.1007/s10943-010-9376-1
- Oman, D. (2013). Defining Religion and Spirituality. In R. Paloutzian, & C. Park (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (2ª ed., pp. 23-47). New York: The Guilford Press.
- Paloutzian, R., & Park, C. (2005). Integrative themes in the Current Science of the Psychology of Religion. In R. Paloutzian, & C. Park (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (1ª ed., pp. 3-20). New York: The Guilford Press.
- Paloutzian, R. & Park, C. (2013). Recent Progress and Core Issues in the Science of the Psychology of Religion and Spirituality. In R. Paloutzian & C. Park (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (2ª ed., pp. 2-23). New York: The Guilford Press.
- Pargament, K., & Mahoney, A. (2002). Spirituality: The Discovery and Conserving of the sacred. In C. Snyder, & S. Lopez (Ed.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 646-659). New York: Oxford University Press.
- Piedmont, R. (1999a). Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the five-factor model. *Journal of Personality*, 67, 985-1013.
- Piedmont, R. (1999b). Strategies for using the five-factor model of personality in religious research. *Journal of Psychology and Theology*, 27, 338-350.
- Piedmont, R. (2001). Spiritual transcendence and the scientific study of spirituality. *Journal of Rehabilitation*, 67, 4-14.
- Piedmont, R. (2004). Spiritual Transcendence as a Predictor of Psychosocial Outcome from an Outpatient Substance Abuse Program. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18 (3), 213–222.

- Piedmont, R. (2007). Spirituality as a Robust Empirical Predictor of Psychosocial Outcomes: A Cross-Cultural Analysis. In R.J. Estes (Ed.), *Advancing Quality of Life in a Turbulent Social Indicators research series* (Vol 29, Part II, pp. 117–134). New York: Springer.
- Piedmont, R., Ciarrochi, J., Dy-Liacco, G., & Williams, J. (2009). The Empirical and Conceptual Value of the Spiritual Transcendence and Religious Involvement Scales for Personality Research. *Psychology of Religion and Spirituality*, 1 (3), 162–179.
- Piedmont, R., & Leach, M. (2002). Cross-Cultural Generalizability of the Spiritual Transcendence Scale in India. Spirituality as a Universal Aspect of Human Experience. *American Behavioral Scientist*, 45 (12), 1888-1901.
- Ross, L. (1995). The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 32 (5), 457- 468.
- Rovers, M. & Kocum, L. (2010). Development a holistic model of spirituality. *Journal of Spirituality in mental Health*, 12 (1), 2-24.
- Santo Agostinho (2001). *Confissões*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Secondin, B. (2002). *espiritualidade em diálogo*. S. Paulo: Edições Paulinas.
- Seligman, M. (2008). *Felicidade Autêntica, os princípios da Psicologia Positiva*. Cascais: Editora Pergaminho SA.
- Smith, D., & Louw, M. (2007). Conceptualization of the Spiritual life dimension: a personal and professional leadership perspective. *Journal of Human Resource Management*, 5 (1), 19-27.
- Smith, L. (2007). Conceptualizing spirituality and religion: Where we've come from, where we are, and where we are going. *The Journal of Pastoral Counseling*, XLII, 4-21.
- Stucliffe, S., & Gilhus, I. (2014). "All-mixed up" – thinking about Religion in relation to New Age Spiritualities. In S. Stucliffe, & I. Gilhus (Eds.), *New Age Spirituality – Rethinking Religion* [E-reader version]. Retirado de <https://goo.gl/IEKOjf>
- Teixeira, A. (2012). *Identidades Religiosas em Portugal: representações, valores e práticas*. Universidade Católica Portuguesa. Retirado de http://www.agencia.ecclesia.pt/dlds/bo/Inquirito2011_Resumo.pdf

- Vásquez, A. (2005). De las religiones a la espiritualidade. *Iglesia Viva-Revista de Pensamiento Cristiano*, 222 (2), 7-40.
- Villiers, P. (1999). The rise and the nature of Feminist Spirituality. *HTS – Theologiese Studies/Theological Studies*, 55 (4), 883-908.
- Worthington, E., Jr., & Aten, J. (2009). Psychotherapy with religious and spiritual clients: An introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 123–130.
- Worthington, E., Jr., Hook, J., Davis, D., & Mcdaniel, M. (2011). Religion and Spirituality. *Journal of clinical psychology*, 67 (2), 204-214.
- Zinnbauer, B., & Pargament, K. (2005). Religiosity and Spirituality. In R. Paloutzian, & C. Park (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (pp. 21-42). New York: The Guilford Press.
- Zinnbauer, B., Pargament, K., Cole, B., Rye, M., Butter, E., Belavich, T., ... Kadar, J. (1997). Religion and Spirituality: unfuzzing the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36 (4), 549-564.

*Religião e religiosidade*²³

Os constructos da Religião e da religiosidade são, como se referiu, os que obtêm, no meio científico, um maior consenso. Isto facilita não só a operacionalização desses constructos, como permite que os investigadores repliquem os estudos, inclusive em populações distintas das que foram objeto das investigações iniciais (Hill et al., 2000; Hyman & Handal, 2006; Koenig, 2012; Zinnbauer & Pargament, 2005).

Na verdade, ainda que se venha assistindo a novas formas de viver a Religião e a religiosidade, há aspetos que têm permanecido ao longo dos tempos e que atravessam todos os continentes e culturas, sendo comuns a várias tradições religiosas. A Religião envolve crenças estruturais nalguma forma de transcendência; narrativas; rituais; orações; sacrifícios; recitação de credos; utilização de textos que tenham a ver com as crenças estruturais e as narrativas; um código de conduta, pessoal e de grupo, associado a um sistema explícito de valores; experiência ou vivência religiosa e, ainda, aspetos sociais (Hinde, 1999).

Compreendendo a procura do Sagrado, a Religião pode incluir, ou não, objetivos não sagrados, tais como a identidade social, afiliação, saúde, bem-estar, envolvendo os meios e os métodos, por exemplo, ao nível dos rituais ou regras de conduta, os quais são commumente aceites e se tornam identificativos de um grupo (Hill et al., 2000; Zinnbauer & Pargament, 2005; Hyman & Handal, 2006)

A Religião pode ser definida, segundo Koenig (2008, p. 11), “como um sistema de crenças e práticas seguidas por uma comunidade, suportadas por rituais reconhecidos, pelo culto e pela comunicação ou a aproximação ao Sagrado, ao Divino, a Deus (nas culturas ocidentais) ou a uma Verdade ou Realidade Última ou ao Nirvana (nas culturas orientais) ”.

Aquele autor distingue, ainda, a Religião tradicional da não tradicional, incluindo nesta última designação uma variedade de grupos que têm em comum um conjunto de crenças, rituais e/ou práticas relacionadas com o sobrenatural (e.g., espiritismo, astrologia, adivinhação).

²³ Ainda que estes dois constructos sejam abordados no estudo teórico apresentado anteriormente (remetendo-se, por isso, para a sua leitura), apresentamos, aqui, em síntese, os aspetos considerados relevantes para a sua definição.

No que respeita à religiosidade, Koenig (2008) classifica-a como toda a atividade religiosa prosseguida pelo ser humano, distinguindo entre religiosidade “intrínseca” e “extrínseca” quando a Religião é procurada, respetivamente, por valer por si, como um fim em si mesmo ou para outros fins tais como a obtenção ou manutenção de uma determinada posição social, na linha do que foi defendido por Alport e Ross, em 1967.

Segundo Koenig (2008, 2012), a religiosidade pode subdividir-se, ainda, em “organizacional” e “não organizacional”. A primeira caracteriza-se por ser pública, social e institucional envolvendo, entre outros aspetos, os serviços religiosos, os grupos que se dedicam à oração ou ao estudo das escrituras, atividades que são comuns a vários membros que se oferecem para as realizar como voluntários. A segunda reporta-se a todas as atividades classificadas como religiosas que são praticadas individualmente e em privado (e.g., a oração pessoal, a leitura e reflexão individual das escrituras, visualização de programas e/ou canais televisivos ou audição de programas ou e/ou canais radiofónicos religiosos bem como quaisquer outros rituais religiosos que se pratiquem individualmente, designadamente acender velas).

Crenças pessoais

As crenças pessoais incluem representações mentais dos sujeitos acerca da natureza e do funcionamento do *self*, assim como das suas relações e do *seu* mundo (Dweek, 2008).

O questionário da Organização Mundial de Saúde que avalia a qualidade de vida espiritual, o WHOQOL-SRPB - *Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*, na sua introdução, dá-nos alguns exemplos de crenças pessoais, como sejam uma crença “numa teoria científica, num modo de vida, numa filosofia particular ou num código moral e ético” (WHOQOL SRPB, 2002, p. 20).

De acordo com Fleck et al. (2003, p. 448), as crenças pessoais “podem ser quaisquer crenças ou valores que um indivíduo sustenta e formam a base do seu estilo de vida e de seu comportamento”.

Além do mais, as crenças fundamentam as decisões dos indivíduos (Prioste, Narciso, & Gonçalves, 2012), nos mais variados campos, entre outros, o da saúde

(Hoesli & Smith, 2011); o da Educação (Hermans, Tondeur, Van Braak, & Valcke, 2008; Mansour, 2009), o da Economia (Arena & Festré, 2006), o Social (Dambrun & Villate, 2008) e o Político (Jamal, 2005; Nelson, & Garst, 2005).

Distinguem-se, por isso, das meras opiniões e, também, de um outro constructo que lhe é próximo: o “conhecimento” (ainda que a fronteira entre a crença e o conhecimento se tenha vindo a revelar muito ténue, sendo, por isso, objeto de discussão, no campo científico, em áreas do saber onde as crenças têm implicações na tomada de decisões e/ou na atuação dos sujeitos²⁴. Segundo Mansour (2009), na interação entre as crenças e o conhecimento, aquelas controlam o ganho deste; o conhecimento, por sua vez, não deixa de influenciar as crenças (Mansour, 2009).

Borg (2001) afirma que há alguns traços que nos permitem caracterizar as crenças, tornando o conceito mais claro. Partindo das definições que vão sendo dadas ao constructo, aquela autora salienta que uma crença pressupõe: (1) um estado mental assente numa preposição aceite pelo indivíduo como verdadeira; (2) é orientadora da maneira de pensar e agir do indivíduo; e (3) tem associado a si um aspeto avaliativo, subentendendo compromissos de valor. De natureza consciente ou inconsciente, as crenças desempenham, além do mais, um papel de extrema importância na vida dos sujeitos na medida em os ajudam a dar sentido ao mundo e a fazer o enquadramento dos acontecimentos na sua vida.

Podendo ser objeto de medição, e ainda que não sejam facilmente mutáveis, as crenças pessoais “são partilháveis e, por isso, observáveis, direta e/ou indiretamente” (Augusto, 2009, p. 15) tendo repercussões, inclusivamente, para a personalidade dos indivíduos (Dweek, 2008), para a sua vida profissional (Brownlee, 2003), além de outras implicações que revelam ter a nível social, científico e teórico (Vohs & Schooler, 2008).

²⁴ Assumem particular importância os estudos que vão sendo realizados sobretudo na área das Ciências da Educação, uma vez que “as crenças dos professores atuam como um organizador e um categorizador da informação, controlando o modo como é utilizada” (Mansour, 2009), com repercussões diretas na sua prática educativa e, como tal, no processo de Ensino/Aprendizagem dos alunos.

Conclusão

Só estudando o passado poderemos compreender o presente. Desse modo, a nossa investigação levou-nos, primeiramente, às raízes históricas quer da Psicologia, quer da definição de espiritualidade. Pudemos descobrir que, afinal, umas não se dissociam das outras, tendo em comum a dualidade que distingue o ser humano dos outros animais: a capacidade que o mesmo tem de se distanciar face à realidade que o rodeia e de ser ele próprio, simultaneamente, o sujeito e o objeto, vivendo nessa dialética permanente, numa busca incessante de se compreender enquanto tal.

Essa capacidade metacognitiva do ser humano, para refletir sobre si próprio, para avaliar, *inclusive* os seus próprios valores e o sentido dos seus objetivos de vida, permite-lhe, além do mais, não só regular o presente, mas também perspetivar o futuro, como refere Bandura (2003).

Por outro lado, salienta ainda este último autor, ao simbolizar as suas experiências, o ser humano dá sentido às mesmas, transformando-as em modelos cognitivos que lhes servem de guia, entre outros aspetos, para as suas próprias ações.

Esta afirmação não poderia ser mais verdadeira quanto vivida e relatada pelo fundador da *Logoterapia* ou *Psicoterapia do Sentido da Vida*, Viktor Emil Frankl (1905/1997), a partir de condições extremas que viveu em Campos de Concentração. Afirma aquele Psicoterapeuta que as “experiências da vida nos campos [leia-se Campos de Concentração] mostram que os homens têm realmente a possibilidade de escolher (...) o Homem *pode* preservar um vestígio de liberdade e independência espirituais, até mesmo em condições tão terríveis de *stress* físico e psíquico” (Frankl, trad. 2016, pp.75-76).

Por isso, o Logoterapeuta desempenha um papel importante na vida dos indivíduos já que lhe compete, essencialmente, em *alargar e ampliar o campo visual* do paciente para que o mesmo consiga visualizar e tornar efetivo o sentido potencial da sua vida. Este sentido tem que ser descoberto no mundo, na realidade concreta de cada indivíduo, só que perspetivada no futuro (Frankl, trad. 2016). Isso só é possível, diz-nos aquele autor, pelo que ele designa de «autotranscendência da existência

humana», a qual “denota o facto de que o ser humano aponta sempre, e está dirigido, a algo ou a alguma coisa para além de si mesmo” (Frankl, trad. 2016, p. 112).

Pudemos constatar, da História da Psicologia, que o ser humano nem sempre foi visto nessa perspetiva, andando essa Ciência contrabalançada entre o subjetivo (*psyché*) e objetivo (*logos*), com prejuízo para a compreensão cabal do ser humano e dos seus comportamentos, individuais e coletivos.

Vimos que foi somente pela persistência dos fenómenos espirituais (ainda que aparecendo eles revestidos, por vezes, de alguma laicidade) que as abordagens, como as descritas, se tornaram possíveis, tendo sido necessário (1) percorrer-se um longo caminho até chegar aqui; (2) romper-se com a visão mecanicista, positivista e determinista do mundo e do ser humano; e (3) aceitar-se válidas no meio científico as abordagens existenciais e fenomenológicas.

Só assim a Psicologia pôde manifestar-se, no presente, numa vertente mais humanista, aceitando, sem pejo de perder a sua cientificidade, as investigações em áreas como a da espiritualidade e a da religiosidade.

Porque tinham surgido, entretanto, novas formas de expressar e viver a espiritualidade, pudemos verificar que, com as referidas investigações, foram sendo dadas, sobretudo a esse constructo, variadas e distintas definições, numa tentativa de captar a sua essência.

Consequentemente, assistiu-se, quer à ambiguidade do constructo da espiritualidade, tornando-se o mesmo difuso, quer a uma dispersão dos estudos nessa área.

Embora se caminhe atualmente na procura de um *consensus* em torno do conceito da espiritualidade, havendo até algumas propostas concretas nesse sentido, pudemos constatar, no entanto, que aquele está longe de acontecer, contrariamente ao que sucede e.g., com os constructos da espiritualidade e da religiosidade (Costa Catré et al., 2016) e, acrescentaríamos, com a definição de crenças pessoais.

Com o artigo teórico sobre a espiritualidade (Costa Catré et al., 2016) pensamos ter sido dado um contributo válido no sentido de alcançar esse almejado consenso.

A nosso ver, a espiritualidade não se dissocia do conceito de Transcendência, mas esta não se reduz apenas à ligação com o Transcendente *stricto sensu*, ao invés, acarreta quatro componentes fundamentais: (1) a capacidade que existe no ser humano de se autotranscender, a qual se encontra associada às questões existenciais (entre outras, às questões do sentido para a vida e para a morte); (2) a abertura ao Transcendente (tenha ele a designação de Deus, Poder Supremo ou outra, algo que é, reconhecidamente, Superior ao ser humano porque este, na sua finitude, na sua “auto-insuficiência”, descobre e abre-se ao Infinito, ao que o transcende, ao Sobrenatural); (3) a ligação ao mundo e à grandiosidade da natureza; (4) a ligação aos outros já que “é o reconhecimento do eu pelo tu que possibilita a um indivíduo tornar-se propriamente (e equilibradamente) um sujeito concreto. Alguém” (Formosinho & Oliveira Branco, 1997, p. 274), numa relação verdadeiramente dialógica (Costa Catré et al., 2016).

Por isso, e na linha do preconizado por Pargament & Mahoney (2002), defendemos que a espiritualidade é um aspeto vital e universal do ser humano, sendo o que nos faz ser mais pessoas i.e., o que verdadeiramente nos humaniza.

Capítulo 2

Qualidade de vida e outras variáveis que lhe estão associadas e/ou a influenciam

Devemos acrescentar vida aos anos ou anos à vida?

Berlim & Fleck (2003, p. 249)

Introdução

O conceito de qualidade de vida (QdV) tem despertado muitas atenções nas últimas décadas. Schalock e Verdugo (2007) apresentam três motivos pelos quais, historicamente, aquele conceito foi ganhando sustentação teórica, acabando por se implementar no mundo científico: (1) a crença de que a Ciência, a Medicina e a Tecnologia, por si só, eram insuficientes para garantir a melhoria das condições de vida; (2) o movimento da normalização sobretudo ao nível da prestação de serviços; e (3) a salvaguarda do consumidor através da garantia dos seus direitos.

Trata-se de um conceito abstrato que atravessa várias áreas/domínios, entre outros, o físico, o psicológico, o emocional, o ambiente, a economia, as relações sociais, profissionais e espirituais, sendo objeto de um amplo debate que se vem perpetuando no tempo, por causa da sua multidimensionalidade, ambiguidade e complexidade e por não reunir, até à data, um consenso em torno da sua conceptualização.

Os estudos que se vão desenvolvendo no âmbito da qualidade de vida são indicativos, no entanto, das preocupações em torno das quais o conceito anda intimamente associado: as que se prendem com aspetos essenciais da existência humana. Isto porque da qualidade de vida fazem parte não só as condições de vida,

“que se referem a fatores como o rendimento, o nível económico, o estado civil, o nível de instrução, suscetíveis de influenciar o modo como os indivíduos experienciam e avaliam a sua vida” (Simões, et al., 2000, p. 244), como a própria experiência de vida ou bem-estar subjetivo dos indivíduos. Reforçando esta ideia, Dasgupta & Majumdar (2000, p. 66) afirmam que a qualidade de vida, “por definição, cobre todos os aspetos da experiência de vida dos indivíduos. Engloba *status* funcional, o acesso a recursos e a oportunidades. Abarca a satisfação material das necessidades básicas do ser humano mas também aspetos da vida como a família, o trabalho, a vida social, desenvolvimento pessoal, autorrealização e um ecossistema equilibrado.”

A qualidade de vida assenta num conjunto de princípios que Verdugo, Navas, Gómez, e Schalock (2012) enunciam: (1) é composta por alguns fatores e relações para todas as pessoas; e (2) é experienciada quando as necessidades são atendidas e quando o indivíduo tem oportunidade de prosseguir o enriquecimento da sua vida com atividades que a promovam.

Segundo aqueles autores, trata-se de um constructo que é influenciado, quer pelo indivíduo, quer por fatores ambientais/externos. Apresentando componentes objetivas (que podem ser avaliadas e.g., através de parâmetros económicos) e subjetivas (Schalock & Verdugo, 2007; Verdugo et al., 2012), uma parte significativa dos estudos que se vai desenvolvendo dá importância a estas últimas componentes na medida em que a investigação sobre o tópico da qualidade de vida foi revelando que esta depende, como vimos, de múltiplos fatores, entre os quais os relativos aos próprios indivíduos, à cultura, ao contexto pessoal de cada um, variando, ainda, ao longo do tempo.

Por outro lado, a avaliação que o sujeito faz da sua qualidade de vida, a que não são alheios, entre outros aspetos, a sua perspetiva de vida, os seus valores, a influência dos outros, dos lugares, de tudo o que o rodeia, tem demonstrado ser de primordial importância para operacionalizar aquele constructo.

Por isso, as investigações contemporâneas sobre a qualidade de vida enfatizam, sobretudo, o estudo de tópicos como o bem-estar emocional, físico, psicológico, espiritual, o envolvimento social positivo e a autorrealização como domínios

determinantes da qualidade de vida dos indivíduos (Dasgupta & Majumdar, 2000; Kelley-Gillespie, 2009).

Interessa-nos, sobretudo, para o nosso estudo, esta vertente subjetiva, uma vez que utilizaremos o constructo de QdV preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Por isso, neste capítulo, debruçar-nos-emos sobre o trabalho desenvolvido por esta Organização Mundial para tentar perceber o conceito que a mesma preconiza, o que esteve na origem da sua definição, quais os domínios/dimensões que lhe estão subjacentes e em que medida foi previsto, nesse constructo, o domínio da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (domínio SRPB).

Não sem antes recuarmos historicamente à Constituição daquele Organismo Mundial e à sua visão de saúde na medida em que estas, conforme teremos oportunidade de constatar, não podem ser excluídas de um entendimento cabal do conceito de QdV presente no nosso estudo.

Ainda neste capítulo, teremos em consideração algumas das variáveis que possam estar, direta ou indiretamente, relacionadas ou influenciar quer a QdV genericamente considerada, quer a QdV espiritual.

Dessas variáveis constam algumas que têm um cariz eminentemente espiritual ou religioso – o *coping* religioso, a espiritualidade como Transcendência, o envolvimento religioso, a orientação religiosa, o suporte social religioso - e outras que o não têm, como a depressão e a personalidade.

Não havendo investigações em que nos possamos apoiar para o estudo da QdV e da qualidade de vida espiritual, em simultâneo, que tivessem em consideração tantas variáveis quantas as que pretendemos estudar, o que apresentaremos neste capítulo é o resultado da investigação que fomos fazendo, em torno dessas variáveis, para tentar perceber como e de que forma as mesmas poderão acrescentar valor ao nosso trabalho.

A complexidade da temática que escolhemos, deixará, por certo, de fora, muitas outras possibilidades de estudo e, por isso, não poderíamos deixar de fazer aqui este apontamento.

Conscientes que estamos que o apresentado neste capítulo, não esgota sequer a multiplicidade de opções no estudo das próprias variáveis que aqui apresentamos, cingir-nos-emos ao que consideramos ser essencial ao objeto da nossa investigação.

Qualidade de vida e saúde: a perspectiva da Organização Mundial de Saúde

O constructo da qualidade de vida assumiu, no campo da saúde, a sua pertinência sobretudo nos anos 80 do século XX, entre outros fatores devido ao aumento da esperança média de vida, a qual colocou questões como a que colocámos em epígrafe, enunciada por Berlim e Fleck (2003, p. 249): “Devemos acrescentar vida aos anos ou anos à vida?”.

Nesta perspectiva, a Organização Mundial de Saúde direcionou o seu olhar para a qualidade de vida dos indivíduos. Dizem-nos Saxena & Orley (1997) que (1) era uma área de grande interesse para a OMS o facto de as desordens mentais terem um grande impacto na qualidade de vida das pessoas; (2) era necessário avaliar a saúde não apenas em termos de morbilidade e de mortalidade; (3) muitos Instrumentos de medida, existentes à época, ainda não tinham uma abordagem da qualidade de vida subjetiva e que os que existiam apresentavam limitações próprias decorrentes da Língua e da cultura; e (4) era necessário introduzir um elemento humanista nos cuidados de saúde, cada vez mais preocupados em abandonar os tratamentos mecanicistas.

Em consequência, a Organização Mundial de Saúde reuniu, em 1993, um grupo de especialistas, oriundos, quer de países desenvolvidos, quer de países em vias de desenvolvimento para, em conjunto, construírem um instrumento de medida que avaliasse a qualidade de vida subjetiva.

O WHOQOL-GROUP, assim designado, começou por clarificar e definir o constructo da QdV que se encontra na base conceptual de todo o Projeto WHOQOL, desde as suas fases iniciais. Tal como definido por aquele Grupo, em 1994, a qualidade de vida “é a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos

sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos e expectativas, padrões e preocupações” (Canavarro et al., 2007; Saxena & Orley, 1997). Trata-se de um conceito amplo e multidimensional que se situa dentro da visão holística de saúde, tal como é defendida pela Organização Mundial de Saúde.

No preâmbulo da sua Constituição, datada de 22 de Julho de 1946, aquela Organização Mundial, ao instituir alguns dos princípios básicos para a promoção da “felicidade, relações harmoniosas e segurança das pessoas” (*Constitution of World Health Organization*, 1946, p. 1), entre os quais o regozijo do mais alto padrão possível de saúde como um dos direitos fundamentais de todo o ser humano e a saúde de todos os povos como fundamental para a consecução da paz e da segurança, definiu a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (*Constitution of World Health Organization*, 1946, p. 1).

Optando por uma visão holística da saúde, a OMS deu, assim, o seu contributo para que a Ciência passasse a encará-la, não sob um prisma fragmentador, mecanicista e patogénico (que se centrava unicamente na dimensão biológica da pessoa, como sucedia até aqui), mas antes numa perspetiva salutogénica e promotora do ser humano como um todo.

Ao defender a saúde como um dos direitos fundamentais de cada ser humano e propondo-se, em consequência, estender a todos os povos os “benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins” (*Constitution of World Health Organization*, 1946, p. 1), foi assumida, por aquela Organização Mundial, a interdependência de fatores de ordem física, mental e social na saúde dos indivíduos. Esta visão de saúde, não apenas como ausência de doença ou enfermidade, permitiu que se ultrapasse, progressivamente, uma conceção negativa e vazia que se tinha da mesma²⁵, permitindo uma atuação centrada, não apenas em soluções terapêuticas capazes de tratar ou aliviar doenças, mas numa variedade de ações destinadas, sobretudo, à sua promoção numa perspetiva abrangente, *biopsicossocial*.

²⁵ May (1977) salienta o facto de as pessoas procurarem ajuda apenas quando têm algum “desarranjo”, o que converte a saúde num vácuo quando a pessoa se cura. Isto conduz-nos, no entender daquele autor, a uma visão social, conformista e *vazia* de saúde.

Ainda que seja objeto de algumas críticas que vão no sentido de a ver como uma definição utópica e ultrapassada, entre outros aspetos, por ter em perspetiva uma perfeição inatingível (Segre & Ferraz, 1997), não podemos descurar o facto de a definição de saúde, tal como preconizada pela OMS, se apresentar sobretudo como um horizonte que nos faz caminhar num sentido anti-positivista, anti-compartimentador e anti-determinista do ser humano, permitindo pensar em caminhos alternativos capitalizadores para a saúde e para a qualidade de vida dos indivíduos. No que a esta em particular respeita, têm-se em conta dois princípios fundamentais: (1) o de que, utilizando as palavras de Friedman (1997, p. 9) “a qualidade de vida é mais preciosa do que a quantidade de vida”; e (2) o de que é fundamental ter-se em consideração a avaliação subjetiva de cada indivíduo.

Os vários domínios da qualidade de vida segundo a Organização Mundial de Saúde

A procura de indicadores que permitissem avaliar a qualidade de vida dos indivíduos foi uma das preocupações manifestadas desde o tempo dos Filósofos até aos mais recentes estudos empíricos, tendo por base critérios quer de ordem social (como a mortalidade infantil e a mobilidade social), quer de ordem económica como o produto interno bruto (Power, Bullinger, & Lydon, 1999).

E se, inicialmente, os instrumentos de medida destinados a avaliar a qualidade de vida tinham por base indicadores relativos às doenças, foram sendo construídos, paulatinamente, outros que permitiam avaliar a qualidade de vida em termos mais genéricos, possibilitando desenvolver estudos nas mais diversas áreas e para a população em geral (Power et al., 1999).

A questão que viria a colocar-se seria a de saber se esses indicadores, ou alguns deles, inicialmente incorporados em instrumentos de medida que foram construídos numa só cultura e Língua, poderiam ser válidos também para outras culturas e Línguas. Embora alguns desses Instrumentos de medida transpusessem fronteiras e, em cada País, se procedesse ao tradicional método de traduzir e fazer a retroversão dos mesmos, permanecia a incógnita de aferir se haveria, ou não, efetivamente, dimensões/domínios da qualidade de vida que fossem comuns a todas as culturas.

E, por isso, foram surgindo algumas tentativas de dotar de transculturalidade os instrumentos de medida de avaliação da qualidade de vida, como referem Power et al. (1999). Destaca-se, entre outros, o *Euro-Quality of Life* (EuroQOL) que teve o mérito de ser desenvolvido a partir de conceitos e indicadores considerados relevantes nos cinco países do Norte da Europa, cujos investigadores formavam o EuroQol Group²⁶. Este Grupo teve como objetivos principais, conforme salientam Rabin e Charro (2001, p. 337), “o desenvolvimento de um instrumento normalizado que não avaliasse especificamente a doença mas que se destinasse a descrever e a avaliar a saúde associada à qualidade de vida e que não substituísse, ao invés, complementasse outras medidas que avaliam a saúde associada à qualidade de vida.”

A ausência, todavia, de um instrumento de medida que avaliasse a qualidade de vida numa perspetiva inteiramente transcultural (não restrita a um Continente, ou a um conjunto de Países) que fosse satisfatória, e que não só tivesse em consideração, mas também promovesse o modelo holístico de saúde (WHOQOL Group, 1994), levou a OMS a constituir um painel de especialistas de 18 Centros em 15 países de várias partes do mundo (e, portanto, oriundos de diferentes culturas). Esse painel viria a formar o *WHOQOL Group*, em 1991. Teve-se em consideração, na seleção dos vários Centros, diferenças ao nível da industrialização, disponibilidade de serviços de saúde, bem como outros critérios considerados relevantes para avaliar a qualidade de vida, entre outros, a importância da família e a Religião predominante em cada um dos Países onde se encontravam sediados aqueles Centros, para que fosse garantida uma colaboração internacional diversificada e genuína e para que o instrumento de medida que viesse a ser construído tivesse, efetivamente, a vertente transcultural pretendida (Power et al., 1999; Fleck, 2000).

Apesar de o conceito de qualidade de vida não ser consensual, esse grupo de especialistas considerou existirem três aspetos que o caracterizam, independentemente de qualquer cultura: (1) a subjetividade; (2) a multidimensionalidade; e (3) a presença de dimensões quer positivas (e.g., a mobilidade), quer negativas (e.g., a dor), conforme referido por Saxena & Orley (1997). Tendo em consideração todos estes aspetos, e

²⁶ Este grupo, fundado em 1987, foi, inicialmente, constituído pelos seguintes países: Finlândia, Holanda, Noruega, Suécia e Reino Unido. A partir de 1995, sofreu alterações na sua composição (Rabin & Charro, 2001).

ainda o conceito de saúde preconizado pela OMS, o referido painel de peritos acabou por clarificar e definir o conceito de qualidade de vida nos termos sobreditos, enquadrando-se o mesmo numa “perspetiva multidimensional que contempla a complexa influência da saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respetivo meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual” (Canavarro, et al., 2007, p. 77).

O contributo de profissionais de saúde, cuidadores informais, pacientes e pessoas saudáveis revelou-se decisivo no desenvolvimento e consolidação do projeto WHOQOL com vista, entre outros aspetos, “a assegurar a sua aceitabilidade por parte dos seus utilizadores” (Saxena & Orley, 1997, p. 264).

Concebeu-se, assim, um instrumento de medida que avalia genericamente a qualidade de vida – o WHOQOL-100 – a partir dos contributos dados por cada Centro, através de uma metodologia original e única, com quatro etapas: 1) tradução do instrumento; 2) estudo qualitativo; 3) desenvolvimento de escalas de resposta; e 4) estudo quantitativo. A segunda etapa, com grupos focais, permitiu não só aferir da transculturalidade do referido instrumento de medida, mas também dotá-lo da mesma.

Contemplou-se, no WHOQOL-100²⁷, seis grandes domínios, cada um deles subdividido em Facetas. O Domínio I - *Domínio Físico* – tem como facetas a dor e desconforto; a energia e fadiga e o sono e repouso. O Domínio II - *Domínio Psicológico* – abrange as seguintes facetas: sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência e sentimentos negativos. O Domínio III - *Nível de Independência* – por sua vez, é composto pelas facetas: mobilidade, atividades da vida quotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho. Por seu turno, o Domínio IV - *Relações sociais* – desdobra-se nas facetas: relações pessoais, apoio social e atividade sexual. O Domínio V- *Ambiente*- apresenta como facetas a segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e competências, participação em/e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima),

²⁷ Como o nome indica, trata-se de um instrumento de medida que é composto por 100 questões.

transporte e, por fim, o Domínio VI-SRPB (*espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais*) que compreende uma só faceta, coincidente com o próprio domínio, sendo composta por quatro questões. (Fleck, 2000; WHOQOL Group, 1994, 1998; Power et al., 1999; Vaz Serra et al., 2006a).

Obedecendo, como se disse, a uma metodologia própria, a validação de cada versão nacional deve seguir o protocolo delineado para o efeito, tendo o WHOQOL Group previsto, todavia, a possibilidade de se incluírem aí, facetas e/ou questões trazidas à colação durante o estudo qualitativo, nos grupos focais, o que permite a própria inculturação do instrumento de medida WHOQOL.

Refira-se que, foi assim que, durante o processo de validação para Portugal do WHOQOL-100, se viria a constituir uma nova faceta - *Poder Político* - uma vez que tópicos como a “influência das medidas e decisões políticas (...) a incerteza crescente face ao futuro como resultante da conjectura política dos últimos anos, má gestão dos fundos e recursos públicos por parte da administração central e local (...) impotência dos cidadãos para exercerem influência real sobre o que é legislado” (Rijo et al., 2006, p. 28), foram considerados relevantes em todos os grupos focais. Esta faceta passou, deste modo, a fazer parte integrante da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-100, acrescentando às demais do instrumento de medida original e sendo aferida a partir de quatro dimensões: participação, satisfação, impacto e confiança (Rijo, et al., 2006).

O WHOQOL-100 viria, posteriormente, a ter uma versão abreviada – o WHOQOL-BREF – (WHOQOL-SRPB, 1998), justificada pela “necessidade de um instrumento de avaliação de qualidade de vida que demorasse menos tempo a preencher (...) mas que revelasse igualmente características psicométricas satisfatórias” (Vaz Serra, et al., 2006b, p. 42), instrumento esse constituído por quatro domínios: o físico, o psicológico, as relações sociais e o ambiente.

A espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais como um dos domínios da qualidade de vida

Partindo do pressuposto de que a saúde inclui os aspetos psíquicos, emocionais, cognitivos e sentimentais; uma dimensão social, resultado da interação humana; o domínio vocacional; e a dimensão espiritual, Fisher (2011) situa esta última

dimensão “no centro e na essência do ser”, afirmando que a mesma “parece ser a que tem o maior impacto na saúde global da pessoa” (p. 21).

Esta evidência levou a que a Organização Mundial de Saúde, em maio de 2005, na Mesa Redonda intitulada “Espiritualidade, Religião e Saúde”, durante a 58ª Assembleia Mundial de Saúde, nas Nações Unidas, em Genebra, debatesse a questão da alteração do conceito de saúde que fora definido pela OMS, em 1946. Stuckelberger (2005) lembrou que já em 1983 o Dr. Halfdan Mahler (Diretor-Geral), sugerira uma nova definição que pudesse incluir a dimensão espiritual no conceito de saúde²⁸. Essa definição deveria ter sido apresentada na 51ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1998, quando fora requerida uma revisão da Constituição da OMS. Esse propósito, porém, “ficou adormecido e ainda não foi trazido de volta à agenda” (Stuckelberger, 2005, p. 8) aspecto que, segundo os intervenientes naquela Mesa Redonda, deveria ser corrigido.

Assumir essa posição de integrar aquela dimensão do ser humano no conceito de saúde reforçaria inclusivamente a Resolução da Assembleia Mundial de Saúde, datada de maio de 1984, a qual foi tomada no sentido de convidar os Estados Membros a incluírem, nas suas estratégias de saúde, uma dimensão espiritual, em consonância com os seus parceiros sociais e culturais, tal como aí definido²⁹.

Por outro lado, Incluir-se a dimensão espiritual no conceito de saúde estaria não só em consonância com as indicações que a OMS tem fornecido (e.g., no campo

²⁸ A definição que o Dr. Halfdan Mahler sugerira, em 1983, ia no sentido de se definir saúde “como o completo bem-estar físico, psíquico, social e *espiritual* e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Stuckelberger, 2005, p. 8).

²⁹ Apesar de a questão da dimensão espiritual ter sido suscitada em 1983, somente em maio de 1984, a 37ª Assembleia Mundial de Saúde viria a tomar uma decisão sobre o assunto, ao proferir, em 1984, a Resolução WHA 37. 13. - WHA37/1984/REC/I, 6. Esta Resolução foi considerada histórica, por um lado porque constituiu uma verdadeira declaração e interpretação da *dimensão espiritual* na saúde e, por outro, porque levou a que essa dimensão passasse a fazer parte das estratégias de saúde dos vários Estados Membros da OMS. Pode ler-se nessa Resolução o seguinte:

“- A dimensão espiritual é entendida como um fenómeno que não é de natureza material mas pertence ao reino das ideias, das crenças, dos valores e da ética, que surgiram nas mentes e na consciência dos seres humanos, particularmente ideias enobrecedoras.

- Ideias enobrecedoras que deram origem a ideais de saúde que têm conduzido a uma estratégia, ao nível das práticas da saúde de todos, que visa alcançar um objetivo que tem, simultaneamente, uma componente material e outra imaterial.

- Se a componente material da estratégia pode ser fornecida às pessoas, a imaterial ou espiritual é algo que tem que surgir dentro das pessoas ou nas comunidades, em consonância com os seus parceiros sociais e culturais.

- A dimensão espiritual representa um papel muito importante ao motivar as pessoas para a sua autorrealização em todos os aspetos da sua vida.” (World Health Organization, 1985, p. 5).

da saúde mental), tal como refere Struckelberger (2005), mas também, diríamos nós, com os Projetos que aquele Organismo Mundial tem desenvolvido (e.g., o Projeto WHOQOL, anteriormente mencionado).

De facto, e como vimos anteriormente, a OMS não só acabou por prever, através do Grupo WHOQOL, no WHOQOL-100, os domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais e ambiente, e o domínio da espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (domínio VI-SRPB), como também desenvolveu, através do Grupo WHOQOL-SRPB, um instrumento de medida destinado a avaliar especificamente esse domínio SRPB: o WHOQOL-SRPB.

Partindo do conceito de dimensão espiritual definido por Ross em 1995³⁰, este último instrumento de medida passou a contemplar, no domínio SRPB, já não uma (como inicialmente constava do WHOQOL-100), mas oito facetas: SP1.*Connectedness to a spiritual being or force*; SP2.*Meaning of Life*; SP3. *Awe*; SP4.*Whoelness & Integration*; SP5.*Spiritual strength*; SP6.*Inner peace/serenity/harmony*; SP7. *Hope & optimism*; SP8. *Faith* (WHOQOL SRPB Group, 2006).

O'Connell e Skevington (2010) desenvolveram, *inclusive*, um estudo no sentido de aferir, entre outros aspetos, os seguintes: (1) em que medida o domínio SRPB da qualidade de vida definido pelo WHOQOL-SRPB Group se relacionava com os outros domínios da qualidade de vida (domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais e ambiente); e (2) até que ponto demonstrava ser um domínio autónomo dos restantes domínios. Esse estudo, segundo O'Connell e Skevington (2010, p. 743), demonstrou “que as questões psicossociais e espirituais não são intercambiáveis.” Apesar de o domínio SRPB da qualidade de vida revelar alguma relação mais próxima com o domínio psicológico do que com os outros, não houve uma clara significância que fosse indiciador de que este último poderia substituir adequadamente aquele domínio. De facto, sendo três os aspetos que mais se aproximaram do domínio psicológico - a *esperança*, o *otimismo*, a *força* e a *paz interiores* - revelando, por isso, alguma ambiguidade, tal explica-se, segundo as

³⁰ Vimos já em Costa Catré et al. (2016) que Ross (1995) define a dimensão espiritual do ser humano a partir de três grandes componentes: (1) a necessidade de encontrar sentido, razão e preenchimento na vida; (2) a esperança/vontade para viver; e (3) a fé em si mesmo, nos outros ou em Deus. Esta definição, segundo Fleck, et al. (2003, p. 449) “foi considerada de extrema utilidade” para conceptualizar o domínio SRPB.

autoras, porque são conceitos que contêm ambas as propriedades, a espiritual e a psicológica. Ainda assim, lembram O'Connell e Skevington (2010) que, quando associadas à qualidade de vida espiritual, aquelas facetas revelaram ser mais fortes do que quando associadas ao domínio psicológico.

O domínio SRPB, ou qualidade de vida espiritual, revelou ser parte integrante da qualidade de vida, apresentando-se, no entanto, de forma distinta e igualitária, de pleno direito, para estar, lado a lado, com os restantes domínios, e não imbricada neles, uma vez que, segundo O'Connell e Skevington (2010), não é um conceito nem de natureza psicológica, nem social.

De acordo com aquelas autoras, a corroborar essa afirmação, está o facto de o domínio SRPB ter dado um contributo independente significativo para a qualidade de vida em geral, relativamente aos demais domínios que a avaliam, mesmo despistando as variações entre as crenças dos vários grupos.

Revela-se, ainda, no seu entender, adequado para ser aplicado para além do contexto da saúde (O'Connell & Skevington, 2010).

As autoras referem, também, que os resultados evidenciados pelo domínio da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais da qualidade de vida (domínio SRPB) podem preencher um vazio que existe na avaliação de aspetos que extravasam o ponto de vista exclusivamente Judaico-Cristão.

Afirmam, por outro lado, que os resultados evidenciados pelo seu estudo constituem uma mais-valia para a Ciência contemporânea porque: (1) poderão estar ao serviço da recentemente criada Psicologia Positiva na medida em que ressaltaram importantes áreas positivas como a *admiração*, o *otimismo*, a *esperança*, a *força e paz interiores*, a que aquela Psicologia dá especial ênfase; e (2) reforçam a defesa de que o conceito de saúde deverá contemplar expressamente esta dimensão espiritual, passando a apresentar-se como um conceito *biopsicosocioespiritual* (O'Connell & Skevington, 2010).

A definição da qualidade de vida dada pela Organização Mundial de Saúde, como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos e expectativas, padrões e preocupações” (Canavarro et al., 2007; O'Connell & Skevington, 2010, p. 731) não pode, todavia, ser perdida de vista, num contexto em

que seja utilizado o WHOQOL-SRPB (que avalia, como vimos, o domínio SRPB i.e., a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais associadas à qualidade de vida ou qualidade de vida espiritual) porquanto é a mesma que sustenta esse instrumento de medida e o constructo que a ele subjaz. Isto porque, mais do que a necessidade espiritual, o WHOQOL-SRPB avalia a “experiência” subjetiva dos indivíduos, fazendo-o ao nível da *sua* qualidade de vida espiritual i.e., no âmbito de um domínio específico – o domínio SRPB - da QdV (O’Connell & Skevington, 2010).

A influência das variáveis sociodemográficas na qualidade de vida

As investigações que respeitam à qualidade de vida incidem, essencialmente, sobre populações específicas (e.g., doentes com cancro, com HIV, com depressão, com hipertensão) o que, segundo O’Connell & Skevington (2010), não permite que se façam generalizações para outras populações. Afirmam aquelas autoras que essas generalizações têm sido justamente um dos erros que se tem cometido no campo científico (O’Connell & Skevington, 2010).

De todo o modo, existindo indícios, nesses estudos, de que as variáveis sociodemográficas poderão afetar a qualidade de vida, partiremos dessa premissa.

Interessando-nos especificamente os estudos relativos ao WHOQOL-SRPB, reportar-nos-emos a eles.

Podemos constatar, desde logo, do estudo de validação desse instrumento de medida, levado a efeito pelos 18 Centros Internacionais, que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do género, da idade, do nível de escolaridade e da presença de doença (WHOQOL-SRPB Group, 2006).

Assim, no que se refere aos vários domínios da QdV, podemos verificar que os homens apresentaram valores superiores no domínio físico e psicológico, enquanto as mulheres demonstraram índices superiores ao nível da QdV espiritual, especificamente nas Facetas SP1. *Ligação a um ser ou força espiritual*, SP3. *Admiração* e SP8. *Fé*.

No que concerne à idade, os mais jovens (< 45 anos) revelaram valores superiores ao nível da QdV física e nível de independência e da Faceta SP7. *Esperança e Otimismo*, ao passo que os mais velhos apresentaram valores superiores nas Facetas

SP1. *Ligação a um Ser ou Força espiritual*, SP4. *Totalidade e Integração* e SP8. *Fé* do WHOQOL-SRPB.

Relativamente ao nível de escolaridade, resultaram diferenças estatisticamente significativas em todos os domínios da QdV, com os indivíduos com maior nível de escolaridade a apresentarem os valores significativos mais elevados.

No que concerne à QdV espiritual, os indivíduos com maiores habilitações revelaram índices superiores nas Facetas SP2. *Sentido da Vida*, SP3. *Admiração*, SP7. *Esperança e Otimismo* (WHOQOL-SRPB Group, 2006).

No que respeita às diferenças entre doentes e saudáveis, verificaram-se valores superiores no segundo grupo de indivíduos em todos os domínios da QdV e, ainda, nas Facetas SP2. *Sentido da vida*, SP4. *Totalidade e Integração* e SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia* do WHOQOL-SRPB, enquanto o segundo Grupo – doentes – demonstrou valores superiores ao nível da Faceta SP8. *Fé*.

Quanto à avaliação global da QdV, não se verificaram quaisquer diferenças estatisticamente significativas ao nível dos grupos, exceto em função do nível de escolaridade e da presença de doença, com os indivíduos com maiores Habilitações Literárias e os mais saudáveis a apresentarem valores superiores (para mais pormenores, veja-se WHOQOL-SRPB Group, 2006).

Concretamente no que se refere à validação do WHOQOL-SRPB num país com raízes culturais comuns às de Portugal (o Brasil) podemos constatar que existiram aí diferenças estatisticamente significativas ao nível do género, idade, nível de escolaridade e estado de saúde (Panzini et al., 2011).

Assim, no que respeita ao género, verificamos que foram os homens a apresentar valores superiores nos domínios psicológico e das relações sociais da QdV.

Ao nível da idade, os mais jovens (< 45 anos) demonstraram valores superiores no domínio do ambiente.

As diferenças que se revelaram estatisticamente significativas em função da nível de escolaridade foram respeitantes à QdV física, ao ambiente e à perceção global da QdV, com os indivíduos com maiores habilitações académicas a apresentarem valores mais elevados.

No que se refere ao estado de saúde, as pessoas saudáveis foram as que apresentaram valores superiores nos domínios físico, psicológico e ambiente da QdV.

Ao nível da Faceta Geral, de todos os restantes grupos, foram, igualmente, os saudáveis quem revelou um valor superior (veja-se Panzini et al., 2011).

Outras variáveis que estão associadas e/ou influenciam a qualidade de vida

Depressão

Já na Antiguidade se reconhecia a *melancolia* (a cujas origens parece remontar a depressão) mas aquela não se encontrava associada a uma doença, pelo contrário, “teve sua descrição relacionada a um traço de superioridade intelectual e refinamento social” (Cavalcante Monteiro & Vieira Lage, 2007, p. 112).

Com Hipócrates (460/357 a.C.), no entanto, a descrição de *melancolia* ganha a sustentação clínica com um diagnóstico de sintomas (e.g., medo, tristeza que duram longo tempo) as quais, ainda hoje, de certa forma, perduram (Jardim, 2011).

Com o Renascimento, a melancolia viria a imperar, novamente, como estando associada à genialidade (Jardim, 2011).

Somente em finais do século XVII, esse termo desaparece assim perspectivado, passando a figurar num novo quadro clínico – o da psicose maníaco-depressiva - pela mão de Emil Kraepelin, autor do primeiro Compêndio de Psiquiatria, com descrições muito precisas e claras sobre estados depressivos e maníacos (Cavalcante Monteiro & Vieira Lage, 2007; Del Porto, 1999). Com Freud, o termo *melancolia* é retomado, ainda que num quadro psicótico, por oposição ao luto (Cavalcante Monteiro & Vieira Lage, 2007; Jardim, 2011).

Ao longo do século XX, a discussão em torno dos conceitos viria a ganhar acuidade, com a classificação dos vários transtornos psiquiátricos e a sua subdivisão (Cavalcante Monteiro & Vieira Lage, 2007), deixando o termo *melancolia* de habitar definitivamente nas classificações psiquiátricas (Jardim, 2011).

A *American Psychiatric Association* elaborou, nos anos 80 do século XX, um *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Este, segundo Jardim (2011, p. 85), “influenciou o capítulo V – Grupo dos Transtornos Mentais e do Comportamento, da décima edição da Classificação Internacional das doenças – CID- 10 (*World Health*

Organization, 1992) –, no qual as depressões estão também classificadas no âmbito dos chamados transtornos do humor”.

Segundo Del Porto (1999), no diagnóstico da depressão têm-se em conta um conjunto de sintomas: (1) psíquicos e fisiológicos, que englobam a sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa; redução da capacidade de ter prazer na realização das atividades; a fadiga ou sensação de perda de energia; a diminuição da capacidade para pensar, para estar concentrado(a) ou para tomar decisões; alterações ao nível do sono e do apetite, bem como a redução do interesse sexual; e (2) comportamentais, como sejam o retrair-se socialmente; as crises de choro; as tendências suicidas; a lentidão ou agitação psicomotoras.

Jardim (2011), por seu turno, acentua que os sintomas centrais da depressão continuam a ser: “a tristeza sem motivo justificável, o desânimo, o desinteresse pela vida e pelo trabalho, a irritabilidade, a inapetência e a insônia. O sentimento de vazio, de falta de sentido na vida e de esgotamento caracterizam os casos mais graves, chegando às ideias, tentativas e concretização de suicídio. Outro aspecto importante da depressão é o silêncio, a dificuldade de falar que o deprimido apresenta” (p. 86).

A OMS define a depressão como um transtorno mental comum que se caracteriza pela tristeza, pela perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa, baixa autoestima, diminuição da energia e sensação de cansaço, distúrbios do sono ou do apetite e a falta de concentração” (*World Health Organization*, s.d.).

Salienta Jardim (2011, p. 86) que “as depressões são avaliadas em gradações que vão de leves a graves, passando pelas moderadas, com e sem sintomas psicóticos”, dependendo do número e da intensidade que atingem os sintomas depressivos.

Afirma a *World Health Organization* (2012) que um indivíduo que tenha um episódio depressivo que seja leve poderá ter alguma dificuldade em realizar a sua vida quotidiana como até aí, mas ainda assim, não cessa, por completo as suas funções, enquanto o mesmo já não sucede com uma sintomatologia grave pois, neste caso, a pessoa torna-se incapaz de continuar com as suas atividades do dia-a-dia ou, então, realiza-as de uma maneira muito limitada.

De entre as primeiras escalas para medir a depressão encontra-se a subescala de depressão do teste *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (M.M.P.I.) de Hathaway e Mc Kinley, datada de 1943 (Vaz Serra, 1994).

De acordo com Vaz Serra (1994), ainda que atualmente existam numerosas escalas de autoavaliação do quadro depressivo (Vaz Serra, 1994), a que se viria a notabilizar e a ser mais utilizada nas investigações seria o Inventário Depressivo de Beck, datado de 1961, constituído por 21 questões, 11 delas relacionadas com aspetos cognitivos, cinco com sintomas somáticos, duas com comportamentos observáveis, duas com o afeto e uma com sintomas interpessoais. Esta escala viria a ser aferida e validada para Portugal por Vaz Serra e Pio de Abreu, em 1973. Uma nova versão daquele Inventário – Inventário Depressivo II de Beck – foi desenvolvida por Beck, Steer, e Brown, em 1996, cuja versão portuguesa viria a ser validada por Campos & Gonçalves (2011).

Vaz Serra (1994), por seu turno, desenvolveu uma escala Portuguesa de autoavaliação da depressão, tendo como designação IACLIDE (**I**ntentário de **A**valiação **CL**ínica da **DE**pressão), partindo de um pressuposto: o de que “a gravidade de uma depressão varia em função do número de sintomas assinalados e da intensidade que atingem” (p.31). Afirma Vaz Serra (1994) que procurou colocar na sua escala todos os sintomas considerados típicos da depressão tendo em conta não só a revisão da literatura que fez, mas também a classificação das depressões à data existentes, bem como a sua própria experiência clínica (Vaz Serra, 1994). Esses sintomas agrupam-se, no IACLIDE, em (1) *Sintomas Biológicos*, os quais como a designação indicia têm a ver com o corpo, com as alterações biológicas; (2) *Sintomas Cognitivos*, que se reportam à relação da pessoa consigo própria; (3) *Sintomas Interpessoais* que se prendem com os outros, com a modificação das relações interpessoais; e (4) *Sintomas de Desempenho de Tarefa* que estão relacionados com o trabalho, com a supressão ou alteração do desempenho das tarefas diárias (Vaz Serra, 1994). Sendo o instrumento de medida que utilizaremos na nossa investigação, debruçar-nos-emos, com mais pormenor, sobre o mesmo, mais adiante, neste trabalho.

Depressão e qualidade de vida

A importância dada à avaliação da depressão é tanto maior quanto pensarmos que esta é tida como uma das doenças mais encapotada e silenciosa que existe e que necessita de ser reconhecida enquanto doença que é, para que se possa lidar com a mesma.

Apresentando-se, segundo Jardim (2011, p. 88), como “o mal do século”, os dados disponibilizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), atestam essa afirmação, revelando que pelo menos 350 milhões de pessoas sofrem de depressão, em todo o mundo. Tendo sido a terceira principal doença incapacitante em 2004, prevê-se que a mesma atinja o primeiro patamar em 2030 (*World Health Organization, 2004*).

Quando prolongados e recorrentes, os sintomas depressivos, não só podem afetar a capacidade de o indivíduo de cuidar das suas responsabilidades quotidianas (e.g., veja-se o caso das mulheres que, afetadas pela depressão pós-parto, deixam de cuidar dos seus bebés) como, *in extremis*, conduzir à tentativa de pôr fim à vida ou até à sua concretização (Barbosa, Mosca Macedo, & Silveira, 2011). De acordo com a OMS, anualmente, perto de um milhão de pessoas comete suicídio (*World Health Organization, 2012*).

Os fatores de risco de sofrer de uma depressão encontram representação em todas as partes do mundo, ainda que os elementos culturais influenciem a forma como a mesma se manifesta.

Tendo em conta os custos que a depressão comporta a nível social e económico, mas também a nível individual (afetando, neste caso, a qualidade de vida da pessoa), a prevenção parece ser o caminho. Para isso, esta doença deverá estar enquadrada nos cuidados primários de saúde. Só assim se poderá combater eficazmente a mesma (*World Health Organization, 2012*).

(Con) Viver com a depressão passa, também, por cada indivíduo e pela sua consciencialização não só sobre os efeitos da doença, mas também sobre a adoção de medidas concretas que podem ser tomadas e que estão ao alcance de cada um. Afirmando que o processo de recuperação é isso mesmo, um processo, não um fim, e que o mesmo se caracteriza por ser ativo, individual, único (mas cujo sucesso está

dependente, também da colaboração de terceiros i.e., do suporte social da família, dos amigos, da comunidade e de profissionais nessa área), a *World Federation for Mental Health* (2012) elenca um conjunto de sugestões que cada pessoa com depressão pode adotar, das quais se ressaltam algumas com pertinência para o nosso estudo: o exercício de técnicas de relaxamento que possam diminuir o stress, incluindo a meditação (...); o suporte social da família, dos amigos, de profissionais; encontrar a esperança; desenvolver e/ou redefinir estratégias de *coping*; e definir um sentido para a vida.

Veremos como estes aspetos relevam ao longo do nosso trabalho, tendo em consideração, numa primeira instância, a revisão da literatura feita por Koenig (2012) que veio demonstrar que 80% dos estudos sobre espiritualidade e religiosidade, pelo menos até 2010, são relativos à saúde mental dos indivíduos, nos quais se inclui o estudo da depressão.

Concretamente no que concerne à qualidade de vida e qualidade de vida espiritual avaliadas, respetivamente, pelo WHOQOL-BREF e pelo WHOQOL-SRPB, verificamos, do estudo de Panzini et al. (2011) que as pessoas deprimidas apresentaram valores estatisticamente significativos mais baixos em todos os domínios da QdV (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) e também em todas as Facetas da qualidade de vida espiritual, com exceção da Faceta SP1. *Conexão espiritual*³¹ na qual, embora as pessoas deprimidas tenham apresentado aí um valor igualmente mais baixo em relação ao revelado pelos indivíduos não deprimidos, as diferenças, entre um e outro grupo, não se revelaram estatisticamente significativas.

A influência das variáveis sociodemográficas na depressão

Linares (2012) encontrou diferenças quanto ao sexo, idade e nível de escolaridade no que respeita à sintomatologia depressiva na amostra do seu estudo com imigrantes Brasileiros.

A *World Health Organization* (2012), por seu turno, identifica as situações que mais comumente estão associadas à depressão: (1) o género: as mulheres são mais propensas à doença, sobretudo no Mundo Ocidental; (2) a situação económica

³¹ Expressão utilizada por Panzini et al. (2011).

desfavorável; (3) as desvantagens sociais (e.g., nível de educação baixo); (4) aspetos genéticos; (5) exposição à violência; (6) a separação ou divórcio (que parece afetar mais os homens); e (7) outras doenças crónicas de que a pessoa padeça.

Jardim (2011) chama a atenção para dois aspetos que parecem afetar as pessoas atualmente: (1) as mudanças ao nível do trabalho, a forma como este se organiza, a sua flexibilização, a redução de postos de trabalho; e (2) a fragmentação do tecido social que acarreta consigo, muitas vezes, a depressão. Um e outro aspetos não deixam de se interligar porque “a articulação entre o que temos assistido nas estatísticas das depressões no mundo e a precarização das relações de trabalho quase se coloca por si. Se o trabalho não é o nosso único valor, ocupa sem dúvida certa centralidade tanto em relação à subsistência, quanto à inserção social e à constituição subjetiva, num mesmo laço” (Jardim, 2011, p. 90).

Esse reconhecimento é feito pela *World Health Organization* (2012) apoiada nos mais recentes estudos que levaram à conclusão que “a depressão, especialmente na sua expressão clínica de autodestruição da pessoa, é uma das doenças psicopatológicas que anda associada à crise económica” (p. 17). Esta faz com que muitas pessoas vivam abaixo do limiar da pobreza, devida à falta de emprego, com todas as consequências que isso acarreta em termos de saúde e de bem-estar. Por isso, advoga a urgência de implementação de programas que reabilitem o mercado de trabalho, assim como programas destinados à família, como forma de suporte social.

Mas, se isso é assim, a verdade é que entrando o indivíduo em depressão, sem a sua consciencialização e sem encontrar fontes de suporte que o ajudem a superá-la, o mesmo entra num ciclo, ele próprio, de empobrecimento, dadas as repercussões que essa doença assume nas variadas dimensões da sua vida como sejam as biológicas, psíquicas e sociais e, conseqüentemente, no desempenho de uma atividade profissional, qualquer que ela seja (*World Health Organization*, 2012).

Refere ainda, a *World Health Organization* (s.d.) que, comparativamente aos homens, a depressão aparece duas vezes mais atribuída às mulheres mas, o que sucede, na realidade, é que (1) mesmo apresentando diagnósticos idênticos (e.g., problemas de álcool), mais facilmente se atribui às mulheres o diagnóstico de depressão do que aos homens; (2) as mulheres apresentam comorbidades acima dos homens (e.g., transtornos de pânico, somatoformes, pós-traumáticos); (3) os riscos a

que as mulheres estão sujeitas encontram-se, maior parte das vezes, associados a desvantagens socio-económicas (e.g., pobreza, discriminação social e laboral, tráfico sexual); e (4) as mulheres encontram-se mais sujeitas a violações sexuais (muitas delas ocorridas durante a sua infância) e à violência.

Defende, por isso, em síntese, aquele Organismo Mundial que as disparidades de género, ao nível da saúde mental, só poderão ser minimizadas ou erradicadas, entre outros aspetos, com um maior equilíbrio no desempenho de funções e papéis sociais, com uma igualdade salarial e o combate à pobreza (*World Health Organization*, s.d.).

No que concerne especificamente ao estudo de Vaz Serra (1994) relativo à validação do IACLIDE (que utilizaremos no nosso estudo, para avaliar a depressão), resultou, ao nível das variáveis sociodemográficas que a depressão varia, não em função da idade, mas do género e da gravidade da depressão. No que se refere a esta última, tanto em homens como em mulheres, a mesma encontra-se associada à incapacidade para a vida geral e para a vida social. Todavia, verificou-se, naquele estudo, que os sintomas que se associam a essas incapacidades apresentaram-se de forma diferente em homens e mulheres o que, segundo Vaz Serra (1994), poderá estar ligado aos papéis sociais que, uns e outros, desempenham.

No que respeita ao nível de escolaridade, alguns estudos (e.g., Shittu et al., 2014; *World Health Organization*, 2012), evidenciam que a depressão anda associada a níveis inferiores de escolaridade.

Coping religioso

Genericamente considerado, o *coping* tem a ver com as estratégias, com a forma como a pessoa consegue lidar e enfrentar as dificuldades da vida, os momentos de *stress* que atravessa, ou os acontecimentos trágicos que se cruzam no seu caminho.

Quando essas estratégias se encontram associadas à Religião ou religiosidade, estamos perante o que se designa de *coping* religioso.

Para Pargament et al. (2011, p. 2) o *coping* religioso consiste “no esforço para compreender e lidar com eventos *stressantes* envolvendo o sagrado”, entendido este último termo como Deus, Divindade, Poder(es) Supremo(s) ou quaisquer outros

aspectos da vida que se relacionem com o Divino ou com algo que tenha essa qualidade.

De acordo com Panzini e Bandeira (2007), existem três meios pelos quais a Religião se relaciona com o *coping* religioso. A Religião pode (1) fazer parte do *coping*; (2) contribuir para o mesmo; ou (3) ser, inclusivamente, o seu resultado, o seu *produto*.

Ainda que poucos estudos tivessem sido levados a efeito, à data, Pargament (1990) concluiu que os mesmos puderam ser demonstrativos, no entanto, de que as crenças e as práticas religiosas apareciam normalmente associadas ao *coping*, como forma de enfrentar eventos negativos que surgem na vida das pessoas. Isto verifica-se sobretudo em situações que não são controladas pelo ser humano, ou para as quais aquele não consegue encontrar uma solução. A pergunta que surge naturalmente perante um desses acontecimentos negativos - “Porquê eu?” – leva, normalmente, a uma resposta religiosa, como forma de processar cognitivamente esse mesmo evento. O *coping* religioso é feito, sobretudo, através da confiança que o indivíduo depositou em Deus, ou através da ajuda e da força que aquele percepcionou ter recebido da Divindade, como forma de lidar ou ultrapassar as dificuldades. Das várias práticas religiosas, a oração revelou ter muita importância nas investigações sobre *coping* religioso (Pargament, 1990).

Atualmente, são múltiplos os estudos sobre *coping* religioso e os seus efeitos na vida das pessoas (para uma revisão veja-se Panzini & Bandeira, 2007; Pargament, Feuille, & Burdzy, 2011), com particular destaque no campo da saúde (Panzini & Bandeira, 2007; Pargament et al., 2011;), como forma de lidar, enfrentar ou ultrapassar o sofrimento e a dor (Wachholtz, Pearce, & Koenig, 2007).

Em muito contribuiu para o estudo do *coping* religioso, o instrumento de medida que foi desenvolvido por Pargament (1997): o RCOPE (que tem, agora, uma versão breve, o *Brief* RCOPE, que é aquela que utilizaremos no nosso estudo). Esse instrumento de medida assenta numa perspetiva teórica muito própria (Pargament et al., 2011). Segundo estes autores, o *coping* religioso: (1) tem múltiplas funções, entre as quais se salientam a procura de sentido, identidade, controlo ou até do Sagrado; (2) é um conceito multidimensional (engloba comportamentos, emoções, relações interpessoais e cognições); (3) é, acima de tudo, um processo que é dinâmico e que,

por isso, sofre alterações ao longo do tempo, estando dependente do contexto e das circunstâncias; (4) é multifacetado (é um processo que pode ter “bons” ou “maus” resultados); (5) dá um contributo específico para enfrentar os acontecimentos negativos, ao longo de todo o processo, de uma forma específica, na medida em que envolve o Sagrado; e (6) é uma preciosa ajuda para entendermos o fenómeno da Religião e, sobretudo, a sua relação com a saúde ou o bem-estar, quando as pessoas são colocadas perante situações críticas ou problemas com que tenham de lidar nas suas vidas.

Este último ponto de vista sai reforçado ainda pela afirmação que a teoria do *coping* religioso enfatiza, por um lado “o papel ativo dos indivíduos na interpretação e na resposta que dão aos acontecimentos *stressantes* da vida” (Pargament et al., 2011, p.2) e, por outro, assume-se como uma forma distinta para aferir aspetos que se prendem com a Religião que as outras abordagens não permitem alcançar, como sejam as implicações que esta última tem ao nível do *funcionamento* psicológico, Social ou físico dos indivíduos (Pargament et al., 2011).

Os referidos autores subdividem o *coping* religioso em *Coping Religioso Positivo* (CRP) e *Coping Religioso Negativo* (CRN). O primeiro perfilha “uma relação firme, segura, com uma força transcendente, um sentido de ligação espiritual com os outros e um ponto de vista benevolente relativamente ao mundo” e o segundo “reflete uma tensão espiritual subjacente e uma luta, não só interior, como com os outros e com o divino” (Pargament et al., 2011, p. 51).

Coping religioso, qualidade de vida, saúde e bem-estar

Do manancial de investigações sobre *coping* religioso compiladas por Pargament et al. (2011), estes autores concluíram que, mesmo controlando variáveis sociodemográficas, psicossociais e até variáveis relativas à religiosidade (e.g., a frequência com que recorrem aos serviços religiosos, à oração), o *coping* religioso positivo, normalmente, aparecia positiva e significativamente associado aos constructos que avaliam o bem-estar e, algumas vezes, inversamente relacionado com variáveis como a ansiedade, a depressão ou a dor. Pelo contrário, o *coping* religioso

negativo surgia positiva e significativamente correlacionado com estas últimas variáveis e, às vezes, inversamente relacionado com os constructos ligados ao bem-estar.

Estudos posteriores vão, igualmente, neste sentido, incidindo quer no âmbito de situações post-traumáticas, de catástrofes naturais ou de guerras (e.g., Chan & Rhodes, 2013; Mihaljević, Aukst-Margetić, Vuksan-Ćusa, Koić, & Milošević, 2012), quer no campo da saúde e da qualidade de vida (e.g., Freitas et al., 2015; Haghghi, 2013).

No que respeita a estudos relativos ao WHOQOL-SRPB, verificamos que o domínio SRPB da QdV (ou qualidade de vida espiritual) se correlacionou significativa e positivamente com o *coping* religioso positivo, e de forma negativa, baixa ou não significativa, com o *coping* religioso negativo (Panzini et al., 2011). No mesmo sentido veja-se o estudo de Krägeloh, Chai, Shepherd, e Billington (2010).

Coping religioso e envolvimento religioso

A questão do comprometimento com a Religião revelou-se pertinente na análise do *coping* religioso, tendo sido demonstrativa de que quem está mais ligado a uma Religião, e pratica os seus rituais, processa melhor as situações adversas, lidando com elas ou enfrentando-as (Chan & Rhodes, 2013; Freitas et al., 2015; Haghghi, 2013).

Esses estudos vão na linha da análise que Koenig (2012) fez da revisão da literatura: a nível psicológico, a maioria dos estudos vai no sentido de que a Religião e a espiritualidade permitem enfrentar melhor os acontecimentos trágicos e/ou *stressantes* da vida, dando-lhes sentido, o que leva a que as pessoas tenham menos problemas de ansiedade, depressão e, em contrapartida, tenham emoções positivas, um maior bem-estar e, conseqüentemente, diríamos, uma melhor qualidade de vida.

A influência das variáveis sociodemográficas no coping religioso

Sendo as mulheres quem se envolve mais a nível religioso, supostamente seriam as que, igualmente, deveria recorrer ao *coping* religioso.

O estudo de Hvidtjorn, Hjelmberg, Skytthe, Christensen, e Hvidt (2014), com 6.707 gémeos Dinamarqueses, demonstrou um resultado distinto: verificou-se aí que,

entre os respondentes que apresentaram maiores níveis de religiosidade³², houve poucas discrepâncias entre homens e mulheres, no recurso ao *coping*. Ainda assim, os homens apresentaram, nesse estudo, valores estatisticamente significativos e superiores aos das mulheres na utilização de estratégias de *coping* religioso positivo e, especialmente, de *coping* religioso negativo.

De acordo com outros estudos, porém, as mulheres foram quem apresentou índices mais elevados de *coping* religioso positivo e os indivíduos com uma renda familiar baixa demonstraram valores superiores ao nível do *coping* religioso negativo (e.g., Mesquita et al., 2013); também as pessoas viúvas, com um nível de escolaridade abaixo do Ensino Superior foram quem apresentou no estudo de Shamsalinia, Pourghaznein, e Parsa (2016) diferenças estatisticamente significativas (evidenciando valores mais baixos em relação ao dos restantes grupos), nas duas formas de *coping* religioso, o positivo e o negativo.

Espiritualidade como Transcendência: a perspectiva de Ralph Piedmont

Piedmont (1999a, 1999b, 2001, 2004, 2007) define a espiritualidade como Transcendência como a capacidade que os indivíduos têm de deslocar-se de si próprios e perspetivarem a sua vida para além do que é imediato. Esta perspetiva transcendental é que lhes confere um sentido de unidade e uma ligação aos outros que permanece, mesmo para além da sua morte, fazendo com que, em vida, se coloquem ao serviço dos demais.

O autor vê essa Transcendência sobretudo como uma fonte de motivação intrínseca, a qual influencia o comportamento humano e leva a que o ser humano se torne capaz de, inclusivamente, sacrificar-se, a si próprio e aos seus interesses individuais, em prol dos outros.

No entender de Piedmont (1999a, 1999b, 2001, 2004, 2007), a espiritualidade como Transcendência não se confunde com a religiosidade, nem tão pouco constitui uma componente desta última. Ao invés, é mais ampla do que a religiosidade, podendo existir em contextos que sejam religiosos, ou não. Constituindo-se como

³² Aferida de acordo com três dimensões: cognição, prática e importância (Hvidtjorn, Hjelmberg, Skytthe, Christensen, & Hvidt, 2014).

originária da religiosidade, ela é que conduz a comportamentos *religiosos* i.e., a práticas religiosas.

Por outro lado, assim entendida, a espiritualidade como Transcendência, ganha pertinência em variadas tradições de fé/religiosas, sejam elas provenientes do Mundo Ocidental ou Oriental (Piedmont, 1999a, 1999b, 2001, 2004, 2007; Dy-Liacco, Kennedy, Parker, & Piedmont, 2005; Piedmont, Ciarrochi, et al., 2009; Piedmont & Leach, 2002; Piedmont, Werdel, & Fernando, 2009).

Refira-se que, para operacionalizar o constructo da espiritualidade como Transcendência, Piedmont (1999a, 1999b), partiu das três dimensões que, para ele, melhor definem aquele constructo: (1) *prayer fulfillment*, traduzida em sentimentos de felicidade e satisfação que cada indivíduo sente como resultado do encontro que estabelece com uma realidade transcendental [e.g., através da oração e/ou a Meditação, cf. Piedmont, Werdel, & Fernando, 2009]; (2) *universality*, a crença de que toda a vida se encontra interligada [i.e., a crença na unidade e no propósito da vida, cf. Piedmont, Werdel & Fernando, 2009]; e (3) *connectedness*, que consiste na crença que cada indivíduo tem de que faz parte de uma alargada *orquestra humana* e para a qual a sua contribuição é fundamental, com vista a alcançar-se a harmonia [o que implica um sentido de responsabilidade pessoal e de ligação aos outros, cf. Piedmont, Werdel, & Fernando, 2009].

Assim entendida, a espiritualidade apresenta-se como uma qualidade singular e universal do ser humano, encontrando base de sustentação em vários estudos empíricos levados a efeito, designadamente os de Piedmont (1999a, 1999b, 2001, 2004), entre outros, assumindo esses estudos uma vertente transcultural (Dy-Liacco et al., 2005; Piedmont et al., 2009; Piedmont & Leach, 2002; Piedmont, Werdel et al., 2009). Estes estudos têm vindo a corroborar o que é defendido pelo autor.

Espiritualidade como Transcendência, qualidade de vida e bem-estar

Examinando de forma exaustiva a literatura existente, estudando a relação entre a espiritualidade e a qualidade de vida, Sawatzky, Pamela, e Chiu (2005) defendem que, apesar das limitações apresentadas (a que adiante nos reportaremos),

os resultados obtidos com o seu estudo permitiram sustentar que “a espiritualidade é um conceito distinto mas relacionado com a qualidade de vida” (p. 180).

Piedmont (2007) salienta que, apesar de muitos estudos documentarem uma relação positiva entre os constructos da espiritualidade e da religiosidade com os conceitos de bem-estar e de qualidade de vida (indicadores de que aqueles constructos potenciam, entre outros aspetos, índices elevados de bem-estar e de satisfação com a vida), vão-se fazendo sentir as vozes críticas minimizando aqueles efeitos e relacionando-os com outras variáveis que possam estar a desempenhar, eventualmente, um papel mediador, como sejam o suporte social e/ou a personalidade.

Por isso, aquele autor levou a efeito um estudo no sentido de apurar em que medida as variáveis como a espiritualidade e a religiosidade demonstram ser não redundantes i.e., independentes dos outros constructos ou se, pelo contrário, revelam ser o que ele designou por *um novo embrulho* para constructos existentes, no seu contributo para o bem-estar e para a qualidade de vida. Piedmont (2007, p. 129) inferiu, desse estudo, que “a espiritualidade revelou ter um poder preditivo suficiente³³ pelo que qualquer modelo compreensivo da pessoa deve incluir uma componente numinosa.”

Espiritualidade como Transcendência e variáveis sociodemográficas

Da meta-análise de Sawatzky et al. (2005) resultou haver algumas variáveis como a idade, o género, a etnicidade, a afiliação religiosa, que poderiam estar a afectar a relação entre a espiritualidade e a qualidade de vida. No entanto, afirmam aqueles autores que os resultados se revelaram inconclusivos por se ter verificado: (1) limitações associadas à amostra; (2) diferenças metodológicas ao nível das investigações em estudo; e (3) a existência de uma grande variedade de conceitos sobre a espiritualidade, bem como uma amplitude do conceito de qualidade de vida. No mesmo sentido, relativamente à confusão que prolifera ao nível dos estudos, veja-se O’Connell & Skevington (2010).

³³ Sendo consistente, segundo Piedmont (2007), com os resultados obtidos na meta-análise levada a efeito por Sawatzky et al. (2005).

Sendo a espiritualidade operacionalizada, no nosso estudo, como Transcendência, socorremo-nos do estudo de Piedmont (1999a) que se reporta às diferenças sociodemográficas, concretamente à idade, que foi objeto de estudo. Verificou-se que o grupo de indivíduos com idade > 30 anos foi o que apresentou valores estatisticamente significativos e superiores nas dimensões *connectedness* e *universality* da *Spiritual Transcendence Scale* (que avalia a espiritualidade como Transcendência) . De acordo com Piedmont, estes resultados sustentam a hipótese de que os níveis de Transcendência aumentam com a idade (Piedmont, 1999a).

Envolvimento religioso

A procura de indicadores mensuráveis que permitissem qualificar alguém como “religioso(a)” conduziu à definição de envolvimento religioso.

É consensualmente aceite, no meio académico, que: (a) o envolvimento religioso propriamente dito varia de Religião, para Religião; (b) mesmo dentro da mesma tradição religiosa, o envolvimento religioso pode assumir diferentes manifestações; e (c) para avaliar o efeito da *religiosidade* no comportamento e nas atitudes das pessoas, as investigações deverão ter em conta os três aspetos considerados essenciais nessa avaliação: (1) as crenças; (2) a prática religiosa; e (3) a autoperceção dos indivíduos (Swatos, 1998).

Considerando que, como vimos anteriormente, segundo Koenig (2008;2012) a religiosidade pode subdividir-se em (1) *organizacional/pública*, se associada a uma Comunidade/Instituição; e (2) *não organizacional/privada*, se ligada a atividades como sejam a oração pessoal, a leitura e reflexão individual das Escrituras, a visualização de programas e/ou canais televisivos ou a audição de programas ou e/ou canais radiofónicos religiosos, bem como quaisquer outros rituais religiosos que se pratiquem individualmente, designadamente acender velas (Koenig, 2008a,b, 2012), podemos facilmente inferir que o envolvimento religioso dos indivíduos far-se-á, igualmente, a esses dois níveis.

Na linha do referido, situa-se justamente Meyers (2014), que distingue entre envolvimento religioso organizacional (onde se incluem a afiliação religiosa e o recurso aos serviços religiosos) e não organizacional (o qual abrange as práticas de índole

privado como sejam a oração, assistir a programas religiosos nos *media* e outras práticas demonstrativas de devoção).

Também Aranda (2008) afirma que existem duas formas de envolvimento religioso: uma mais formal, pública e coletiva e outra mais informal e privada.

Sendo possível aferir o grau de envolvimento religioso através de escalas que o quantificam, operacionalizando, desse modo, o constructo da religiosidade, torna-se viável verificar qual o contributo que a Religião dá à vida das pessoas, correlacionando-a com os vários aspetos que lhe respeitam, designadamente ao nível da saúde (Koenig, 2012). Nessa linha de pensamento, Silva, Silva, e Alfredo (2002, p. 155) defendem que “há um elevado grau de pertença a uma Religião quando as práticas e os comportamentos estão em conformidade com o que a Religião preceitua e os compromissos vitais se processam segundo essa Religião”.

Hofmeister e Edgell (2003) salientam que a frequência com que se assiste a serviços religiosos, embora não seja o indicador mais perfeito, continua a ser o que, no seu entender, melhor permite aferir até que ponto existe uma ligação dos indivíduos a uma organização religiosa.

Esse indicador, porém, deve ser olhado com cautela, conforme teremos ocasião de verificar, pois a sua aplicação exclusiva não permite aferir, com rigor, o grau de envolvimento religioso/religiosidade em pessoas de todas as Religiões, por igual, tal como demonstrado por Meuleman e Billiet (2011).

Não andando arredadas do envolvimento religioso as crenças, atitudes e autopercepções dos indivíduos, elas constituem o designado envolvimento religioso subjetivo dos indivíduos (Myers, 2014), apresentando-se como uma das “dimensões estruturantes do fenómeno religioso” (Silva, Silva, & Alfredo, 2002, p. 174).

Hofmeister e Edgell (2003) trazem, também, à colação o facto de o envolvimento religioso não ser uma escolha feita pelas pessoas de forma individual e isoladamente. A maior parte das vezes, aquele envolvimento sustenta-se e ocorre a partir de um conjunto de ligações sociais, de entre as quais assumem primordial importância os laços familiares. Estes tornam, inclusivamente, o envolvimento religioso como *identitário* da própria família. Tal como salientam Silva et al. (2002, p. 149) “é no seio da família que se processa a primeira socialização; que são incutidos, nas crianças, padrões e representações sociais e religiosas”. A família desempenha,

assim, um papel preponderante para que os jovens perseverem nessas mesmas representações sociais e religiosas.

A influência das variáveis sociodemográficas no envolvimento religioso

Moreira-Almeida, Pinsky, Zaleski, e Laranjeira (2010), num inquérito nacional no Brasil, aferindo a religiosidade a partir de três aspetos: (1) filiação religiosa; (2) religiosidade organizacional; e (3) religiosidade subjetiva, concluíram (após controlar os outros fatores sociodemográficos) que as únicas variáveis que se revelaram significativamente associadas à frequência religiosa foram a idade, o género e a região onde viviam os inquiridos. A importância dada à Religião, por sua vez, apareceu associada à idade, ao estado civil, à raça, ao género e à região. Maior idade e sexo feminino apareceram correlacionados com maiores níveis de religiosidade. As restantes variáveis sociodemográficas em estudo – nível de escolaridade, situação profissional e rendimentos - não mostraram uma associação significativa com o envolvimento religioso.

Meuleman e Billiet (2011), por seu turno, pretenderam avaliar a eventual relação entre o envolvimento religioso e os valores e atitudes sociais em vinte e cinco países europeus, nos quais se encontra Portugal. A escala, tipo likert, utilizada para aferir o envolvimento religioso continha três perguntas relativamente: (1) à auto percepção (“Considera-se uma pessoa religiosa?”); (2) à prática religiosa organizacional (mais concretamente, no que respeita à assistência a serviços religiosos: “Quantas vezes recorre a serviços religiosos, para além de casamentos, funerais ou batizados?”); e (3) à prática não organizacional (“Quantas vezes reza, para além das vezes em que recorre serviços religiosos?”).

O contributo das variáveis género, idade, nível educacional e rendimentos para o envolvimento religioso foi, igualmente, aferido, tendo-se concluído que o género continua a ser um forte preditor para o envolvimento religioso, apresentando as mulheres um envolvimento religioso maior do que os homens. Portugal encontra-se entre os Países, a par da Ucrânia e da Grécia, onde essa relação se apresentou mais significativa.

De todos os países, objeto do referido estudo, excetuou-se o caso da Turquia, dadas as características que assume a prática religiosa organizacional naquele país. De facto, e apesar de, no referido estudo, serem as mulheres quem se autopercecionam como sendo mais religiosas do que os homens (sendo, igualmente, quem mais reza), já no que respeita à prática organizacional, todavia, são as que apresentam valores inferiores aos dos homens. Tal encontra explicação no facto de, na Turquia, os serviços religiosos se encontrarem adstritos aos homens (Meuleman & Billiet, 2011). O estudo destes autores permite-nos perceber o alcance das afirmações de Swatos (1998), de que não é despicienda a questão da especificidade da Religião, quando estudamos o envolvimento religioso (e.g., caso da Turquia, onde a Religião predominante é a Muçumana, com práticas religiosas distintas das Religiões Cristãs e onde, por isso, a questão da assistência aos serviços religiosos, dada a sua particularidade, deverá ser aferida de forma distinta e/ou analisada com cautela) não sendo, por isso, de somenos importância, igualmente, as questões culturais, quando se estuda esse envolvimento.

A corroborar essa especificidade religiosa e cultural, está o relatório apresentado pelo *Pew Research Center* (2016), a partir do qual podemos constatar que, dos dados recolhidos em 81 Países, com distintas Religiões, as confissões religiosas Cristãs foram aquelas onde as mulheres referiram frequentar a Igreja, praticar o Culto e recorrer a serviços religiosos, mais do que os homens. Contrariamente, nas confissões Muçulmana e Judaica Ortodoxa foram os homens quem apresentaram valores superiores nessas atividades religiosas³⁴.

Já quanto à importância dada à Religião, dos dados recolhidos em 84 Países, pelo *Pew Research Center* (2016), resultou que, em 46 desses Países, mulheres e homens consideraram, paritariamente, que a Religião era muito importante nas suas vidas e, da recolha de dados em 63 Países, homens e mulheres, de igual modo, afirmaram acreditar no Céu, no Inferno e em Anjos.

³⁴ Têm sido muitas e distintas as teorias que tentam explicar a razão pela qual são mais as mulheres do que os homens a envolver-se e a comprometer-se a nível religioso, atribuindo esse facto, designadamente, a elementos de ordem biológica, psicológica, genética, familiar, laboral ou de segurança. Mais recentemente, caminha-se no sentido da aceitação (ainda que não consensual), de haver uma confluência de múltiplos fatores. Ainda assim, defendem os autores do relatório que os dados recolhidos são indicadores que: (1) as mulheres não são universalmente mais *religiosas* do que os homens; e (2) fatores culturais e sociais desempenham um papel importante nas diferenças de género (*Pew Research Center*, 2016).

Quanto à idade, esta parece ser uma variável determinante para o envolvimento religioso sobretudo em países, como Portugal, que apresentam níveis mais elevados de religiosidade. Tal como expectável, no estudo de Meuleman e Billiet (2011), as pessoas mais velhas foram quem apresentou maior envolvimento religioso. Esse estudo vai, assim, no sentido do estudo de Silva et al. (2002) com estudantes Portugueses jovens, o qual veio a revelar que, apesar da pertença dos inquiridos à Religião Católica e das práticas de culto público (envolvimento religioso organizacional), a adesão dos jovens a essas práticas era menor, comparativamente com a necessidade que sentiam em rezar (envolvimento religioso não organizacional).

Quanto ao nível educacional, embora a tendência seja a de haver um maior envolvimento religioso por parte de quem tem habilitações académicas mais baixas (excetuando-se o caso do Reino Unido onde se verificou o inverso), Meuleman e Billiet (2011) concluíram que, contrariamente às restantes variáveis sociodemográficas, essa relação não resultou tão clara no seu estudo.

Relativamente ao nível dos rendimentos, verificou-se, em 19 dos países europeus que foram objeto de estudo, que quanto maiores forem os rendimentos dos indivíduos, menor é o seu envolvimento religioso (Meuleman & Billiet, 2011).

Orientação religiosa

Uma outra perspetiva de envolvimento religioso anda associada ao conceito de orientação religiosa, a qual tem sido entendida, tradicionalmente, como a forma como alguém se aproxima da Religião e se envolve nesta, nas suas práticas, no seu ritualismo (Krauss & Hood, 2013).

De acordo com os referidos autores, a orientação religiosa compreende 3 elementos: (1) o conteúdo; (2) a motivação; e (3) o estilo cognitivo. O primeiro tem a ver com aquilo em que se acredita; o segundo respeita à motivação, ao porquê (porque se acredita, porque se adere a uma determinada Religião) relevando, também, outros aspetos comportamentais como sejam a frequência com que o indivíduo recorre à Religião e em que altura é que o faz. Por último, o terceiro elemento tem a ver com o que se pensa da Religião e isso implica reflexão, análise, questionamento (Krauss & Hood, 2013).

Ainda segundo os referidos autores, embora o conteúdo e o estilo cognitivo estejam muito próximos, relacionando-se até, aquele distingue-se deste porque tem a ver com a substância (com o conteúdo da Religião *stricto sensu*) e não com a forma como a Religião se apresenta aos indivíduos, esta última mais ligada ao estilo cognitivo.

Segundo Krauss e Hood (2013), a visão tradicional da orientação religiosa tem-se interessado essencialmente pelas segunda e terceira componentes da orientação religiosa, respetivamente, pela motivação e pelo estilo cognitivo, ficando a primeira componente – o conteúdo – arredada dos estudos devido à variedade e especificidade das Religiões que existem.

No entender daqueles autores, a visão tradicional de orientação religiosa peca ainda porque exclui a possibilidade de estudar outro aspeto importante na orientação religiosa - o de quando se evita a Religião - aplicando-se, por isso, apenas a pessoas que têm uma Religião e não às que são supostamente “não religiosas” (estas últimas assim intituladas por não perfilharem uma Religião concreta). Consequentemente, os referidos autores propõem uma nova definição para orientação religiosa, apresentando a mesma como “a forma como um indivíduo se aproxima (ou evita) a Religião” (Krauss & Hood, 2013, p. 24).

Refira-se que duas abordagens predominaram, até à data, nos estudos sobre orientação religiosa: (1) a de Alport e Ross (1967) e seus seguidores (onde se encontram Gorsuch e Venable (1983); Maltby e Lewis (1996); Maltby (1999a,1999b), os quais perfilham duas formas de orientação religiosa: a orientação religiosa intrínseca e a orientação religiosa extrínseca); e (2) a de Daniel Batson e seguidores (que preconizam a orientação religiosa como meio, fim e questionamento).

Ambas as abordagens tiveram a sua génese em 1950, com Alport e o seu trabalho num campo mais alargado, o da maturidade e imaturidade religiosas (Miner, 2008; Krauss & Hood, 2013) pelo que, como bem concluem Krauss e Hood (2013) tudo se resume, no fundo, à predominância de uma abordagem no estudo da orientação religiosa: a teoria de Alport.

Debruçar-nos-emos, por isso, sobre esta abordagem da orientação religiosa. Teremos em consideração as reformulações feitas à escala criada por Alport e Ross (1967), destinada a operacionalizar esse constructo, de entre as quais assume especial

destaque a que será utilizada no nosso estudo: a *AGE UNIVERSAL I-E Scale-12* de Gorsuch & Venable, 1983; Maltby, 1999a,1999b).

Para mais pormenores sobre a perspectiva de Daniel Batson, relegamos a sua leitura para os vários estudos deste autor (e.g., de Batson, 1976, 1991; Batson & Ventis, 1982; Batson, Eidelman, Higley, & Russell, 2001; Batson, Flink, Schoenrade, Fultz, & Pych, 1986; Batson, Schoenrade, & Ventis, 1993).

A perspectiva de Alport e Ross: a orientação religiosa intrínseca e extrínseca

Enfatizando o ponto de vista do sujeito sobre a sua vivência, em concreto no que respeita ao seu envolvimento com a Religião, Alport direcionou as atenções para o aspeto individual desta, criando uma das teorias que mais tem influenciado o estudo científico da Religião e da religiosidade ao longo de todos estes anos (Krauss & Hood, 2013).

Em 1967, tendo abandonado, aparentemente, a sua teoria inicial sobre a maturidade/imaturidade religiosa³⁵, Alport e Ross, introduziram, no âmbito da investigação científica, os conceitos de orientação religiosa intrínseca e extrínseca concebendo escalas para as avaliar: as ROS – *Religious Orientations Scales*.

Fizeram-no num contexto dos estudos que existiam, à época, sobre a intolerância religiosa, e numa tentativa de compreender esse fenómeno, dando resposta ao problema que formularam: “*poderemos afirmar que é na Religião, ou é ela em si mesma, causadora de preconceito e intolerância?*” (Alport & Ross, 1967, p. 433).

De acordo com aqueles autores, este fenómeno do preconceito e da intolerância tem que ser compreendido a partir do que motiva os indivíduos a voltarem-se para a Religião: uma pessoa pode fazê-lo utilizando-a para proveito próprio - por aquilo que pode ganhar com ela i.e., de uma forma instrumental e utilitária na medida em que aquela lhe fornece *segurança, conforto, distração, status, autojustificação* (orientação religiosa extrínseca) - ou pode abraçá-la, professando o

³⁵ Krausse e Hood (2013) defendem que Alport nunca abandonou totalmente a sua teoria inicial.

seu credo, internalizando-a, vivendo-a plenamente porque se sente “preenchido” com a mesma (orientação religiosa intrínseca).³⁶

Segundo Alport e Ross (1967, p. 434) “uma pessoa extrínsecamente motivada *usa* a sua Religião enquanto uma pessoa intrínsecamente motivada *vive* a sua Religião” Por outras palavras, e citando novamente aqueles autores dir-se-á que: “*In theological terms the extrinsic type turns to God, but without turning away from self*” (Alport & Ross, 1967, p. 434).

Os dois tipos de orientação da pessoa para a Religião – intrínseca e extrínseca - têm-se revelado de extrema importância nas investigações que se vão realizando (Francis, Lewis, & Robbins, 2010; Maltby & Lewis, 1996; Tiliopoulos, Bikker, Coxon, & Hawkins, 2007) - com repercussões para várias áreas na Psicologia, designadamente a comportamental, da personalidade, da saúde e da Religião - apesar das críticas e das reformulações que foram sendo efetuadas às escalas inicialmente propostas por Alport e Ross, em 1967 (Krauss & Hood, 2013; Lewis, Maltby, & Day, 2005; Miner, 2008; Tiliopoulos et al., 2007).

Dessas reformulações que foram efetuadas à escala concebida por Alport e Ross (1967), decorrentes, entre outros aspetos, da análise da sua estrutura fatorial (veja-se, a propósito, Krauss & Hood, 2013; Lewis et al., 2005; Miner, 2008; Tiliopoulos et al., 2007), destaca-se a que foi feita por Gorsuch e Venable (1983). Simplificando a linguagem utilizada inicialmente nas ROS (*Religious Orientations Scales*), Gorsuch e Venable (1983) readaptaram-nas com vista a facilitar a sua aplicação, quer em adultos, quer em crianças com idade escolar, desenvolvendo a *AGE-UNIVERSAL I-E Scale*. Esta é uma escala que se apresenta com 20 *itens* (11 relativos à orientação religiosa extrínseca e nove referentes à orientação religiosa intrínseca).

Não isenta de críticas (Maltby, 1999a; Maltby & Lewis, 1996), a escala de Gorsuch e Venable (1983) sofreu, ela própria, alterações quanto ao formato e à sua escala das respostas, feitas por Maltby (1999a), numa tentativa de a aperfeiçoar,

³⁶ De salientar, no entanto, que Alport e Ross (1967) concluíram que os dois pólos que apresentam – a orientação religiosa intrínseca e a orientação religiosa extrínseca – são apenas ideais uma vez que a maioria das pessoas que professa uma Religião acaba por viver dialeticamente entre os mesmos, num *continuum*. Esta posição sai reforçada no estudo que levaram a efeito na medida em que, conforme salientam, tão pouco encontraram um *pure case*.

sobretudo para que a mesma não só passasse a apresentar uma estrutura mais definida e clarificada, mas também para que se adequasse a amostras que fossem constituídas quer por pessoas “religiosas”, quer por “não religiosas” (Maltby, 1999a, 1999b; Maltby & Lewis, 1996). Surge, desta forma, a *AGE-UNIVERSAL I-E Scale-12*, que utilizaremos no nosso estudo para operacionalizar o constructo de envolvimento religioso no que respeita, particularmente, à sua motivação para a Religião i.e., a orientação religiosa dos indivíduos.

A influência das variáveis sociodemográficas na orientação religiosa

Ferreira (2008), no seu estudo com professores Portugueses, concluiu que o género, a idade, a prática religiosa e a frequência da igreja influenciam a religiosidade: as professoras, com mais idade, crentes praticantes, que frequentam a Igreja com maior assiduidade foram quem apresentou índices mais elevados nas atitudes face ao Cristianismo; na orientação religiosa intrínseca; no bem-estar religioso; e nos comportamentos religiosos.

Linares (2012) pôde também concluir, do seu estudo com imigrantes Brasileiros, que as mulheres foram quem demonstrou ter índices mais elevados ao nível da orientação religiosa intrínseca e extrínseca pessoal.

Envolvimento religioso, orientação religiosa e qualidade de vida

Mueller, Plevak, e Rummans (2001) conduziram uma investigação sobre os estudos, as meta-análises e a revisão de literatura realizados no âmbito do envolvimento religioso. Dos 850 estudos sobre saúde mental e 350 estudos sobre saúde física que analisaram, aqueles autores concluíram que as várias investigações evidenciaram uma relação direta entre o envolvimento religioso e a saúde e os benefícios que esta última acarreta, entre outros, uma menor mortalidade, para a ausência de doenças físicas e psicológicas e para uma maior qualidade de vida.

Concluem, assim, Mueller et al. (2001) que, na maioria daqueles estudos, os indivíduos que se envolvem religiosamente são os que apresentam comportamentos saudáveis promovidos pelo grupo que pertencem (e.g., ao nível da alimentação, da

prática de exercício físico). Segundo aqueles autores, os estudos têm demonstrado que são também os menos propensos ao consumo de drogas e à prática do suicídio, apresentando menos doenças do foro cardiovascular e/ou depressivas. Os estudos têm demonstrado, ainda, que o envolvimento religioso está associado a níveis altos de qualidade de vida em pessoas com as mais variadas doenças (e.g., cancro, SIDA ou doenças do coração) e, perante acontecimentos trágicos da vida pessoal, familiar ou financeira, as pessoas que se envolvem religiosamente são as que melhor conseguem enfrentar esses acontecimentos. Também em fase terminal e paliativa de vida, estando envolvidos religiosamente, os indivíduos aceitam mais facilmente a morte ao acreditarem na vida para além desta, o que lhes provoca menos ansiedade.

Mais recentemente, Koenig (2012), na linha dos seus anteriores estudos, apresentou-nos uma revisão da literatura em Religião, espiritualidade e saúde mental e física. Baseou-se na investigação quantitativa realizada até 2010 e concluiu que 80% dos estudos sobre a temática são relativos à saúde mental. Todavia, salienta aquele autor, que esses mesmos estudos também se relacionam, de certo modo, com a saúde física uma vez que os impactos que a Religião e a espiritualidade têm na saúde mental irão refletir-se necessariamente na saúde física dos indivíduos, provocando benefícios ou prejuízos para a mesma.

Corroborando o estudo de Mueller et al. (2001), a investigação realizada por Koenig (2012) apresenta as razões que levam a que o envolvimento religioso possa contribuir para a saúde física e para a longevidade: (1) a nível psicológico, a maioria dos estudos vai no sentido de que a Religião e a espiritualidade permitem enfrentar melhor os acontecimentos trágicos e/ou *stressantes* da vida, dando-lhes sentido, o que leva a que as pessoas tenham menos problemas de ansiedade, depressão e, em contrapartida, tenham emoções positivas e um maior bem-estar; (2) a nível social, a Religião e a espiritualidade estão associadas positivamente a um maior suporte social, à estabilidade marital, a comportamentos pró-sociais como sejam a honestidade, o altruísmo, a generosidade, o perdão, a humildade; e (3) a nível comportamental, por seu turno, os estudos são demonstrativos que a Religião e a espiritualidade promovem comportamentos saudáveis, entre outros, práticas sexuais seguras, atividade física, dietas alimentares e o não consumo de substâncias como o álcool ou drogas.

Do estudo de Levin (2013), com uma amostra de indivíduos que professam o Judaísmo, resultou que preservar as Tradições Judaicas, bem como participar nos serviços religiosos na Sinagoga, são aspetos com relevância, respetivamente, para uma maior satisfação com a vida e índices mais elevados de saúde.

Por outro lado, a prática das crenças religiosas revelou ter, no estudo de Javanmard (2013), uma associação significativa com a resiliência, sendo que esta, segundo Connor e Davidson (citado por Javanmard, 2013), não se limita a existir apenas quando há algum evento ameaçador, ou perante danos que ocorrem como seu resultado, ao invés, é um processo ativo que se revela, e tem repercussões, em todos os aspetos da vida dos indivíduos, como sejam ao nível do casamento, da educação dos filhos, no trabalho. Para mais pormenores sobre a relação entre a Religião e a resiliência veja-se, ainda, a revisão feita por Pargament & Cummings (2010). Nesta revisão, os autores abordam a Religião como uma fonte de força, de sentido, de resiliência emocional e relacional, defendendo que as pessoas com índices elevados de religiosidade são as que demonstram ter uma maior resiliência, em termos globais. Os autores perspetivam esta resiliência não só como algo que permite aos indivíduos aguentarem os eventos adversos, mas a verem, muitas vezes, nesses mesmos eventos, uma fonte de transformação da sua própria vida.

Também Linares (2012), a partir do seu estudo com imigrantes Brasileiros, concluiu pela existência de uma relação negativa entre a sintomatologia depressiva e a prática religiosa: os imigrantes que apresentaram valores superiores ao nível da orientação religiosa intrínseca e que referiram ter uma prática religiosa de uma forma mais comprometida (participando, *inclusive*, em grupos religiosos) foram os que apresentaram menos sintomas de depressão.

Por sua vez, num estudo com professores Portugueses ($N = 743$), a orientação religiosa intrínseca apareceu correlacionada positiva e significativamente com a satisfação com a vida, com a felicidade, não se correlacionando com a solidão. No que respeita à orientação religiosa extrínseca, esta revelou uma associação positiva e significativa com a ansiedade face à morte e com a solidão e negativamente com a felicidade (Ferreira, 2008).

Suporte social e suporte social religioso

Tipos de suporte social

Hood, Hill, e Spilka (2009, p. 18) lembram-nos que não podemos viver sem os outros: “somos concebidos e nascemos em relação e em interdependência e as ligações e as interações com os outros são indispensáveis ao longo de todas as nossas vidas”.

Tendo presente esta realidade, foram-se desenvolvendo estudos que privilegiaram como tópico o suporte social³⁷. Esses estudos tiveram o seu começo nos finais dos anos 70, início dos anos 80 do séc. XX, associados à Psicologia Social, tendo como pressuposto que a presença dos outros tem uma relação positiva com a saúde e com o bem-estar dos indivíduos.

De acordo com Pierce, Sarason, Sarason, Joseph, & Henderson (1996, p. 5) “o suporte social é um constructo complexo e engloba pelo menos três componentes: (1) *support schemata*; (2) *supportive relationships*; e (3) *supportive transitions*, as quais interagem entre si.

Chamando a atenção para a necessidade de se entender mais cabalmente o constructo, Uchino (2004, p. 172) diz que o mesmo “às vezes refere-se a aspetos ligados às redes sociais (grupos, laços de família), outras vezes a comportamentos específicos (por exemplo suporte emocional ou informacional) e, algumas vezes, à nossa disponibilidade percebida das fontes de apoio, a qual poderá estar moldada pelas experiências da infância”.

Várias investigações vieram a demonstrar, desde cedo, a importância do suporte social percebido i.e, os estudos revelaram que o suporte social está ligado essencialmente à percepção que o indivíduo tem desse suporte, a qual “demonstrou ser o preditor com maior consistência e força no ajustamento pessoal” (Pierce et al., 1996, p. 5) com repercussões, *inclusive*, para a autoestima (Arslan, 2009; Goodwin, Cost, &

³⁷ Ainda que a expressão Portuguesa para designar este constructo seja a de “apoio social”, o facto é que a expressão “suporte social” tem predominado na literatura científica pelo que utilizaremos esta última expressão, correspondente à tradução literal da expressão inglesa de *social support*. Isto sem prejuízo de virmos a utilizar, também, a expressão inicialmente referida uma vez que as perspetivamos como sinónimas.

Adonu, 2004) contribuindo, entre outros aspetos, para a satisfação com a imagem corporal dos indivíduos (Merianos, King, & Vidourek, 2012).

Pierce, Baldwin, e Lydon (1997) por um lado, salientam que a percepção do suporte social é um preditor da saúde, mais do que o suporte social efetivamente recebido e por outro, afirmam que aquela percepção não está correlacionada, ou está de modo muito ténue, com este último, encontrando-se antes associada às interações positivas que se espera ter, ou que se tem, de forma significativa, com os outros. Esta constatação é feita, igualmente, por Uchino (2004), na introdução do seu livro, quando refere que, perante um teste que façamos a nós próprios, questionando-nos com quem quereríamos partilhar o nosso tempo, se tivéssemos apenas duas semanas de vida, a resposta de muitos de nós seria no sentido de querermos fazê-lo com quem estabelecemos uma relação significativa positiva, com quem nos trouxe alegria e felicidade. Diz-nos Uchino (2004, p. 1) “Quando tudo se desmorona nas nossas vidas, as nossas relações mais próximas são o que verdadeiramente importa mais”.

Estudos mais recentes em cultura e suporte social, de que dão conta Taylor, Welch, Kim, e Sherman (2007), vão no sentido de aferir se a percepção de suporte social difere de cultura para cultura. Aqueles autores afirmam que as diferenças ocorrem, sobretudo, entre a cultura ocidental e oriental, uma vez que as mesmas partem de visões distintas, quer do *self*, quer das suas relações sociais. O individualismo que existe na cultura ocidental contrasta com a visão do coletivo da Cultura Oriental e isso afeta não só as próprias necessidades de suporte social dos sujeitos, como a percepção que os mesmos têm desse suporte. Referem Taylor et al. (2007) que, no contexto das culturas Asiáticas, as relações sociais, normas e grupos de solidariedade estão mais viradas para o comportamento social do que para as necessidades de cada indivíduo, assentando numa relação de interdependência do *self* com os outros, assente numa responsabilidade mútua. Esta visão faz com que não tenham tanto relevo as necessidades do sujeito, individualmente considerado, porquanto as mesmas “morrem”, de certa forma, para o grupo social e para a harmonia deste.

No entender dos referidos autores, torna-se, por isso, necessário fazer uma distinção entre suporte social implícito e suporte social explícito. O primeiro consiste no “conforto emocional que cada um consegue obter a partir das redes sociais sem, no entanto, revelar, ou discutir, *face a face*, especificamente, os eventos *stressantes*”

(Taylor et al., 2007, p. 832). Os autores dão como exemplos deste tipo de suporte social situações em que a pessoa se recorda de outras pessoas que lhe são próximas, ou simplesmente o facto de estar pessoalmente com estas, usufruindo unicamente da sua companhia sem que, no entanto, partilhe especificamente os seus problemas. O segundo tipo de suporte social – explícito – ocorre quando há lugar a um “conselho, a uma ajuda instrumental ou a um conforto emocional que a pessoa solicita, a partir das redes sociais” de que dispõe (Taylor et al., 2007, p. 832).

Em suma, o suporte social implícito, apesar de ser um tipo suporte social ativo, não se encontra dependente de divulgação ou de partilha da origem de *stress* ou dos sentimentos de angústia que as pessoas apresentam, contrariamente ao que se verifica no suporte social explícito (Kim, Sherman, & Taylor, 2008). Estes últimos autores comparam o suporte social implícito ao suporte social percebido afirmando que um e outro são similares, diferindo, todavia, porque o último pressupõe “crenças de que se pode recorrer a pessoas e grupos de ajuda e solicitar ajuda, em caso de necessidade” (Kim et al., 2008, p. 522), o que não acontece com o primeiro.

O estudo levado a efeito por Taylor et al. (2007), com dois grupos de indivíduos (1) Asiáticos e Asiáticos Americanos; e (2) Americanos de origem Europeia, evidenciou, sobretudo, que o suporte social implícito é mais benéfico (sendo aquele que é utilizado pelo primeiro grupo de indivíduos), do que o suporte social explícito (o mais enfatizado e o mais usado pelo segundo grupo de sujeitos). Estes aspetos são considerados relevantes para qualquer intervenção que se faça, designadamente no campo da saúde, sobretudo a mental (Taylor et al., 2007).

Por seu turno, Whittaker e Gabarino (1983) distinguindo o suporte social formal (que é concedido por instituições, organizações e por profissionais) do suporte social informal (que é prestado pelos parentes, amigos, vizinhos e voluntários) chamam a atenção para a importância que este último tipo de suporte evidencia ter. Apesar de considerarem que o suporte informal é muitas vezes descurado e, por isso, relegado para um segundo plano, Whittaker e Gabarino (1983) defendem que o mesmo poderá, todavia, não só melhorar, como complementar ou até constituir uma verdadeira alternativa ao suporte social formal. Referem aqueles autores que o suporte social assenta em dois pressupostos que não podemos esquecer: (1) a existência de uma

troca mútua; e (2) o facto de todas as pessoas terem algo de valioso para dar, em troca do que receberam.

Recuando no tempo, vemos que o suporte social começou por fazer-se informalmente, através da família, do grupo, da comunidade mais próxima. Com a organização das sociedades e das instituições, a constituição de Estados virados para os problemas sociais, o suporte social começou a assumir uma vertente mais formal. Num tempo em que o apoio que é prestado às pessoas passou a fazer-se dessa forma, mais organizada, por meio de Instituições, chegou a equacionar-se o papel do suporte informal, pondo-se em causa o impacto do mesmo, na vida dos indivíduos.

No entanto, os estudos que se vão realizando para aferir a importância desses dois tipos de suporte social na vida das pessoas – o formal e o informal - têm vindo a demonstrar que ambos coabitam pacificamente, verificando-se uma complementaridade entre os mesmos, na linha do defendido por Whittaker e Gabarino (1983). Vejam-se, a propósito, os estudos de Armi, Guilley, e D'Épinay (2008); Kuipers (2009); Montigny, Lacharité, e Amyot (2006); Raeymaeckers, Dewilde, Snoeckx, e Mortelmans (2008).

A especificidade do suporte social religioso

Importa diferenciar o suporte social geral - que é auferido secular e comumente - do suporte social religioso. Este último assenta em três tipos de suporte ou apoio: (1) o de Deus; (2) o do líder religioso; e (3) o do grupo religioso/comunidade religiosa (Fiala, Bjorck, & Gorsuch, 2002; Lazar & Bjorck, 2008; Bjorck & Maslim, 2011).

É comum à pessoa pedir ajuda a Deus para conseguir lidar com acontecimentos *stressantes*, fazendo-o porque tem a “expectativa de receber esse apoio e/ou porque teve a percepção de ter recebido esse apoio no passado” (Fiala et al., 2002, p. 763).

O suporte do líder religioso, seja ele o de um Padre/Pastor ou o de Conselheiros espirituais é um apoio formal que se reflete não só na vida individual de cada membro que a ele recorre (contribuindo para o seu ajustamento emocional e pessoal), mas também a nível coletivo, sendo gerador da coesão do grupo e promovendo o seu crescimento enquanto comunidade (Fiala et al., 2002).

A comunidade religiosa, por seu turno, revela-se como fonte de relacionamento e de pertença e, como tal, de apoio, a vários níveis, não só religiosos, como ainda financeiros ou outros, tal como descrito em Fiala et al. (2002).

O suporte social religioso vai, por isso, mais longe do que o apoio social *lacto sensu* (Cohen, Yoon, & Johnstone, 2009; Fiala et al., 2002; Ladd & McIntosh, 2008; Lazar & Bjorck, 2008) demonstrando, além do mais, que está associado ao funcionamento psicológico positivo, mesmo controlando esse apoio social geral, como salientam Bjorck e Maslim (2011).

Também Koenig (2005) defende que o apoio social recebido de fontes religiosas apresenta qualidades distintas daquele que é auferido por grupos não religiosos. Justifica esta sua posição em virtude de o apoio social religioso mobilizar recursos que vão para além dos que são fornecidos pelas interações sociais e pelo apoio secular.

Ladd e McIntosh (2008) subscrevem posição idêntica, quando afirmam que o suporte religioso não pode reduzir-se ao suporte social genericamente considerado ou, tão pouco, ser confundido com ele, uma vez que se enquadra em determinados pressupostos, entre outros, o do crescimento espiritual e o da vida eterna, cumprindo um propósito que anda associado ao Divino. Aqueles autores apontam três aspectos que não só distinguem o suporte social religioso do apoio social genericamente considerado, mas também são relevantes para os grupos religiosos: (1) a resposta às questões de sentido (o suporte social religioso providencia por um sentido que permite lidar melhor com as situações de crise); (2) o pressuposto de que o apoio de uma Entidade Divina permite processar o evento em termos cognitivos; e (3) o facto de a oração surgir como uma das formas de suporte social.

Suporte social, suporte social religioso e envolvimento religioso

Sendo o envolvimento religioso uma das formas que os indivíduos têm ao seu dispor para obter suporte social (Gulla, 2010), este é visto, justamente, como uma das vantagens para se adquirir aquele (Van Olphen et al., 2003). Por isso, o envolvimento religioso aparece intimamente ligado a índices elevados de suporte social, recebido

e/ou percebido (George, Hays, Flint, & Meador, 2004; Krause, 2006; Moxey, Bowe, & Attia, 2011).

De acordo com a meta-análise levada a efeito por Koenig (2012), os estudos sobre a ligação Religião/espiritualidade e o suporte social têm sido consistentes em evidenciar que existe uma relação positiva significativa entre estas variáveis.

Note-se, também, ser pertinente a defesa de Krause (2006) a qual assenta no facto de o suporte social, quando associado ao envolvimento religioso, não poder ser visto exclusivamente do ponto de vista de quem o recebe, mas também de quem o providencia, englobando um sentido de pertença, de comunidade, de interesse pelos outros, aspetos que têm reflexos positivos na vida das pessoas, designadamente no que respeita à mortalidade. No mesmo sentido, *The Corsini Encyclopedia* (2010) traz à colação as recompensas pessoais (e.g., preenchimento interior) que as pessoas auferem por praticarem atos altruístas promovidos pela, ou no âmbito, da Religião.

Tal compreende-se porque, ao enfatizar o amor pelos outros, a Religião promove não só esses atos altruísticos³⁸, como encoraja as pessoas a encontrarem-se em eventos sociais, a sentirem que quando necessitam do apoio, tê-lo-ão. Além do mais, ao promover a ajuda aos outros, a Religião faz com que a pessoa pense menos em si e nos seus problemas, centrando-se, ao invés, nessa ajuda que deve prestar aos demais, a qual desencadeia, também, em si, sentimentos positivos, promovendo, dessa forma, a sua saúde mental (Koenig, 2012).

Suporte social, suporte social religioso, qualidade de vida, saúde e bem-estar

Os estudos relativos ao suporte social evidenciam o seu papel positivo na saúde e no bem-estar dos indivíduos, na medida em que funcionam como um fator protetor perante as contrariedades/adversidades da vida (Marôco, Campos, Vinagre, & Pais-Ribeiro, 2013; Pinheiro & Ferreira, 2002).

³⁸ Os estudos de Saroglu (2006) sustentam a afirmação de que a Religião continua a desempenhar uma função pró-social, dentro do que tem vindo a ser defendido pelas teorias psicológicas da Religião, ainda que, do seu ponto de vista, haja necessidade de continuar a desenvolver estudos, nesta área, sobretudo experimentais, para perceber melhor não só o papel que a Religião desempenha no comportamento pró-social das pessoas, mas também os mecanismos psicológicos subliminares que permitem explicar porque é que as pessoas tendem a ser pró-sociais.

De igual modo, o suporte social tem vindo a desempenhar um papel importante na qualidade de vida das pessoas (Burgoyne & Renwick, 2004; Emmanuel, St John, & Sun, 2012; Huang, Hsu, Hsu, & Chang, 2010; Wu, Reiter-Purtill, & Zeller, 2014).

O mesmo sucede com o suporte social religioso. As pessoas que vêem em Deus uma força que as apoia e as guia tendem a enfrentar mais facilmente as dificuldades do dia-a-dia; por sua vez, o suporte da comunidade religiosa assim como o do líder religioso revelam ter, igualmente, um impacto muito grande no funcionamento psicológico, designadamente ao nível da capacidade de *coping* e da promoção de bem-estar (Fiala et al., 2002).

Ladd e McIntosh (2008) destacam sobretudo o papel da oração uma vez que, a partir desta, um indivíduo entra não só em relação com o Divino, mas também num círculo social religioso que lhe permite ir ao encontro de uma satisfação básica do ser humano, enquanto ser social que é. Por outro lado, rezar pelos outros, assim como dar graças através da oração, pode promover o bem-estar da pessoa na medida em que esta se descentra de si própria, deixando de *ruminar* na sua vida, deslocando o foco da sua atenção para as necessidades dos outros, facto que causa um impacto positivo nas suas vidas (Koenig, 2005; Ladd & McIntosh, 2008; Pérez et al., 2011).

Acresce que é comum, às várias Religiões, encorajar as pessoas para que cuidem umas das outras, para que sejam generosas (Koenig, 2005, 2012) o que conduz, conforme se referiu já, ao desenvolvimento de atividades altruístas (Bridges & Moore, 2002; Koenig, 2005, 2012). Essas atividades estão associadas positivamente ao bem-estar e à satisfação com a vida (com ganhos para a saúde mental e Física dos indivíduos), relacionando-se positivamente com a coesão e estabilidade de comunidades minoritárias e das famílias (Koenig, 2002, 2005). A comunidade religiosa surge como o local onde habitualmente as pessoas se envolvem e partilham ideias e crenças sendo onde, também, obtêm apoio emocional e aconselhamento espiritual, assim como ajuda a outros níveis, designadamente a económica, aparecendo, desse modo, como um forte predictor da saúde mental e revelando ser um bom amortecedor dos efeitos negativos e adversos dos acontecimentos da vida e do *stress* (Koenig, 2005).

Mesmo controlando a idade, o *status* familiar, o apoio social geral e os restantes tipos de suporte/apoio, cada uma das dimensões da *Multi-Faith Religious Support Scale* (MFRSS) – o suporte de Deus, do líder religioso e da comunidade religiosa/participantes do grupo religioso – evidenciou, no estudo de Bjorck e Maslim (2011) uma associação positiva e significativa com maior satisfação com a vida e menor depressão, o qual vai no sentido do estudo da escala originária, a *Religious Support Scale* de Fiala et al. (2002).

Contribuindo positivamente para a qualidade de vida dos indivíduos (Balboni et al., 2007; Ke, Liu, & Li, 2010), o suporte social (religioso ou não) assume um papel importante na relação entre a religiosidade e espiritualidade e a qualidade de vida (Lim & Yi, 2009).

A influência das variáveis sociodemográficas no suporte social religioso

Apesar da tentativa em encontrar explicações para o facto, continuam a verificar-se, como vimos, diferenças ao nível de género no que respeita ao envolvimento religioso. Tendo em consideração o exposto anteriormente, sobretudo no que se refere à associação que existe entre aquele envolvimento e o suporte social religioso (neste sentido veja-se o estudo de Fiala et al. (2002), o qual é demonstrativo da existência de uma associação positiva e significativa entre uma e outra variáveis), parece poder deduzir-se que, sendo as mulheres quem se envolve mais religiosamente serão, igualmente, as mesmas quem auferem mais *a priori* do suporte de Deus, do suporte do líder religioso e do suporte da comunidade religiosa.

Do recente relatório elaborado pelo *Pew Research Center* (2016), com base em dados recolhidos entre 2008 e 2015 em grupos religiosos Cristãos, Muçulmanos, Budistas, Hindus, Judeus e sem qualquer afiliação religiosa, em diversos Países espalhados por todo o Mundo, podemos verificar o seguinte:

- No que respeita à afiliação religiosa, dos dados recolhidos em 192 Países, aproximadamente 83.4% das mulheres afirmou pertencer a uma Religião, identificando-se com um grupo concreto de fé³⁹;

³⁹ Portugal fez parte dos 192 países onde foram recolhidos os dados para o estudo sobre a afiliação religiosa. O mesmo não se verificou em relação aos demais estudos (sobre a frequência da Igreja, a

- No que concerne à frequência da Igreja, à prática de culto religioso e ao recurso aos serviços religiosos, dos dados recolhidos em 81 Países, como vimos já, resultou existir uma discrepância entre as confissões Cristãs e as Muçulmanas e Judaico-Ortodoxas: nas primeiras são mais as mulheres que fazem esse tipo de atividades, enquanto nas restantes confissões as mesmas, porque estando adstritas, essencialmente aos homens⁴⁰, obtiveram, por parte destes, valores superiores.

- Comparativamente a Países Europeus (e.g., a Alemanha, França e Reino Unido), os Estados Unidos da América foi o País que apresentou índices mais elevados de comprometimento religioso por parte quer das mulheres, quer dos homens, diferindo, no entanto, estes dois grupos entre si (com as mulheres, uma vez mais, a apresentarem, em quaisquer dos Países, valores superiores aos dos homens).

- No que se refere à prática diária da oração, em 43 dos 83 Países onde os dados foram recolhidos, houve mais mulheres do que homens a referirem ter essa prática. Tal verificou-se mesmo em situações em que as pessoas afirmaram não ter uma afiliação religiosa definida. Saliente-se que a diferença entre homens e mulheres foi maior neste aspeto, sendo aqui de oito pontos percentuais.

No sentido do anteriormente apresentado, o estudo de Lazar & Bjorck (2008) com uma amostra de indivíduos Judeus, revelou que foram as mulheres quem apresentou ter um suporte de Deus mais acentuado do que o dos homens, contrariamente ao que sucedeu com os restantes tipos de suporte (do líder religioso e da comunidade religiosa) nos quais foram os homens a apresentar valores superiores.

No que concerne especificamente, à *Multi-Faith Religious Support Scale* (ou MFRSS, o instrumento de medida que avalia, no nosso estudo, o suporte social religioso⁴¹), podemos constatar que Bjorck e Maslim (2011) incidiram o seu estudo

prática de culto religioso, o recurso a serviços religiosos; a prática de oração diária; a importância da Religião), nos quais Portugal figura como sendo um dos países “sem dados” (*Pew Research Center*, 2016).

⁴⁰ De acordo com as regras do Judaísmo Ortodoxo, no que respeita e.g., à celebração, estipula-se que estejam presentes, pelo menos 10 homens, sem os quais a mesma não se realiza; em muitas sociedades Muçulmanas, enquanto as mulheres podem cumprir as suas orações em casa, é exigido aos homens que o façam normalmente numa Mesquita, pelo menos as orações de sexta-feira, ao meio-dia (*Pew Research Center*, 2016).

⁴¹ Temos vindo a utilizar esta designação e continuaremos a fazê-lo, ao longo deste trabalho, por entendermos que o “suporte social religioso” é a designação que melhor se adequa *in casu*. Ainda que traduzida literalmente, a *Multi-Faith Religious Support Scale*, nos direciona exclusivamente para o

numa amostra de mulheres Muçulmanas ($N = 539$) que viviam nos Estados Unidos da América, partindo basicamente dos seguintes pressupostos (entre outros que referem nesse estudo): (1) que a MFRSS replicaria a estrutura original da *Religious Support Scale* (RSS) de Fiala et al. (2002); e (2) que o suporte religioso funcionaria, de igual modo, nessa amostra e noutras, com indivíduos das Religiões Cristã (Fiala et al., 2002) e Judaica (Lazar & Bjorck, 2008).

Um e outro pressupostos verificaram-se no referido estudo. De salientar que, muito na linha dos estudos sobre o envolvimento religioso das mulheres Muçulmanas, dos três tipos de suporte, o que obteve valores significativamente superiores foi o suporte de Alá/Deus (refira-se que, apesar de nos dois estudos anteriores: (1) o de Fiala et al. (2002) com Cristãos Protestantes; e (2) o de Lazar e Bjorck (2008) com Judeus, tivesse sido o suporte de Deus a obter índices mais elevados dos que foram apresentados nos restantes tipos de suporte, os valores revelados no estudo de Bjorck e Maslim (2011), com mulheres Muçulmanas, foram, ainda assim, superiores aos apresentados nesses estudos).

Por outro lado, o suporte de Alá/Deus apareceu associado ao *status* familiar, tendo sido as mulheres divorciadas quem pontuou mais nesse tipo de suporte o que, para Bjorck e Maslim (2011), se revelou, de alguma forma, surpreendente uma vez que o divórcio é proibido pelo Islão e, por isso, alvitando uma explicação para esse facto, referem que talvez as mulheres divorciadas sintam que Deus compreenda melhor essa sua situação de exceção do que os restantes elementos da sua comunidade religiosa.

A idade, tal como evidenciado anteriormente, não é despicienda quando se analisa o suporte social religioso. De facto, como resultou da meta-análise levada a efeito por Koenig (2012), os estudos sobre a ligação Religião/espiritualidade e o

suporte religioso e os autores também o façam, o facto é que integram, nessa escala, questões que avaliam o apoio social percebido (embora este se situe estritamente no campo da Religião/religiosidade e, por isso, se apresente com as três dimensões já descritas – o suporte de Deus, do líder religioso e dos participantes do grupo religioso/comunidade religiosa). Como exemplo, vejam-se as seguintes questões: 2. *Se algo corresse mal os meus líderes religiosos prestar-me-iam apoio* e 4. *Os outros participantes no meu grupo religioso preocupam-se com a minha vida e com a minha situação*. Ao não restringir a percepção do apoio exclusivamente a questões religiosas, parece-nos ter todo o cabimento esta nossa interpretação, encontrando-se a mesma sustentada, além do mais, nos estudos em que se basearam Fiala et al. (2002) para desenvolver a escala original (RSS), bem como nos estudos que pesquisámos, relativos a esta questão, e de que demos nota (e.g., Koenig, 2005; Ladd & McIntosh, 2008; Saroglu, 2006).

suporte social têm sido consistentes em demonstrar que, no caso dos mais idosos, o suporte social dos membros das organizações religiosas figura como sendo aquele de que se socorrem, a seguir ao da sua família.

Personalidade

Os estudos sobre a personalidade despertaram e desenvolveram-se, grandemente, a partir do início do século XX, conduzindo a várias teorias sobre a mesma e, também, a alguma controvérsia não só quanto à forma de definir o constructo, mas também quanto ao modo de a aferir (Barenbaum & Winter, 2008; John et al., 2008; Klein, Kotov, & Bufferd, 2011).

Foi ganhando, todavia, a nível académico, algum consenso em torno da existência de uma taxonomia de traços de personalidade, composta por cinco dimensões, a qual foi emergindo da análise da linguagem utilizada, não só pelos indivíduos para se autocaraterizarem a si próprios, mas também pelos outros ao descreverem esses mesmos indivíduos (Barenbaum & Winter, 2008; John et al., 2008; Klein et al., 2011).

Cumpre salientar, no entanto, que o tema da personalidade não se esgota neste olhar sobre a mesma, continuando a existir alguma polémica relativamente àquele constructo. A querela gira, sobretudo, em torno de aspetos relativos à influência que, sobre a personalidade dos indivíduos, exercem determinados fatores, entre outros: (1) biológicos; (2) do meio circundante; e (3) motivacionais e cognitivos. Tal patenteia a complexidade do seu estudo e exige uma abordagem mais eclética e multidisciplinar da questão. Os caminhos apontam, por isso, atualmente, num sentido integrador dos múltiplos aspetos, no respeito pela pessoa como um todo (Barenbaum & Winter, 2008).

Personalidade, espiritualidade e religiosidade

Da investigação que fizemos, concluímos que grande parte dos estudos que envolvem a personalidade associada ao tema da espiritualidade, religiosidade e

qualidade de vida têm como referência os traços de personalidade (para mais pormenores, veja-se Alminhana & Moreira-Almeida, 2009).

Tendo em conta que os instrumentos de medida, entre outros, a *Trait Descriptive Adjectives* (TDA; Golberg, 1992); o *NEO Five-factor Inventory* (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1989); e o *Big Five Inventory* (BFI; John, Donahue, & Kentle, 1991; John, Naumann, & Soto, 2008; Soto & John, 2009a) se têm revelado bastante fiáveis (John et al., 2008), sendo replicados em distintas partes do Mundo, a opção descrita (a de ter como referência os traços de personalidade nos referidos estudos) parece ser plenamente justificável.

De entre 530 artigos no *PubMed*, 350 na *PsychInfo* e de uma meta-análise que analisaram sobre o tema, Alminhana e Moreira-Almeida (2009) constataram, a propósito da relação entre a personalidade e a religiosidade, que a alta religiosidade aparece associada negativamente ao psicoticismo e positivamente com a alta conscienciosidade e a alta amabilidade.

Resulta, todavia, claramente, da revisão da literatura feita por Alminhana e Moreira-Almeida (2009), que a relação entre a religiosidade e a personalidade depende, em grande parte, da dimensão de religiosidade que é medida. Segundo aqueles autores, muitos estudos incidiram, essencialmente, sobre a orientação religiosa, revelando que a orientação religiosa intrínseca aparece associada negativamente ao psicoticismo. Esta associação negativa parece justificar-se, entre outros aspectos, pelo facto de as pessoas com altos índices de amabilidade apresentarem maior religiosidade e menor psicoticismo, levando os autores a concluírem, inclusivamente, que a associação negativa com o psicoticismo parece ser “uma característica geral da religiosidade”, além de que as pessoas com orientação religiosa intrínseca “parecem ser as mais felizes, mais dogmáticas, não agressivas e independentes” (Alminhana & Moreira-Almeida, 2009, pp. 155-156). Pelo contrário, a religiosidade extrínseca aparece associada positivamente ao neuroticismo.

Noutros estudos que têm vindo a ser desenvolvidos, analisados por aqueles autores, a espiritualidade figura como um aspecto diferenciado dos restantes fatores da personalidade, apresentando-se aí, nesses estudos, como “a mais provável candidata a residir além dos cinco grandes fatores de personalidade ” (Alminhana & Moreira-Almeida, 2009, p. 159).

Seja qual for a direção em que se caminhe ou a perspectiva que se tenha da personalidade, ela não é, seguramente, alheia a situações que respeitem à religiosidade e espiritualidade. Vejam-se casos como os de conversão religiosa (Paloutzian, Richardson, & Rambo, 1999). Afirmam estes autores que, desde cedo, houve a preocupação em indagar sobre se há, ou não, formas de modificar a personalidade de alguém. Responder a esta questão acarreta implicações muito importantes para o conhecimento da personalidade humana, sendo a Religião um bom ponto de partida, na medida em que as pessoas buscam nela o sentido, a pertença, a identidade, a *self-definition* e, por isso, se comprometem, muitas vezes, com ela. O tópico da conversão religiosa tem, por isso, recebido a atenção do mundo científico (Paloutzian et al., 1999). Partindo da resenha de conversões de várias pessoas ao longo da História, como as de S. Paulo (séc I d.C.), Santo Agostinho (séc IV d. C.), Malcom X (1964) e a de *Jesus Movement Convert* (1960s), referem Paloutzian, Richardson, e Rambo (1999) que existem mudanças radicais, profundas, dramáticas na vida das pessoas.

A questão, segundo aqueles autores, é a de saber se essas mudanças estão ou não relacionadas com a personalidade e em que medida o estão. Baseando-se em diversos estudos sociológicos e psicológicos que foram desenvolvidos ao longo do tempo, Paloutzian et al. (1999) concluem que a conversão religiosa influencia um conjunto de aspetos da vida que respeitam à pessoa, como sejam os seus objetivos de vida, a sua identidade, a sua *self-definition*, aspetos esses que, por si só, respeitam à personalidade. Embora, no caso da conversão religiosa, a estrutura básica da personalidade não fique alterada, ela sofre, no entanto, modificações, muitas delas profundas, sobretudo quando essa conversão exige uma mudança radical de vida, relativamente a aspetos da personalidade onde residam, entre outros aspetos, as narrativas de vida da pessoa, a sua identidade, os seus objetivos espirituais e em que seja necessário um esforço muito grande de adaptação do indivíduo a uma nova realidade que seja expressa de outra forma. Como exemplos, entre outros, são referidos por Paloutzian et al. (1999) os casos da conversão de um ateu para o Judaísmo e de um cristão ao Islão. Todavia, aqueles autores alertam para o facto de que deverá atender-se sempre *como a personalidade era* antes de ter tido lugar essa conversão, para se poder avaliar do impacto da mesma.

Ainda assim, com base nos estudos feitos anteriormente, os autores afirmam que há indivíduos que são mais propensos a uma conversão religiosa porque “têm necessidades pessoais e comportamentais que não se encontram totalmente satisfeitas” (Paloutzian et al., 1999, p. 1060), nomeadamente porque apresentaram algumas dificuldades durante a infância e a adolescência. Nesse caso, o grupo religioso surge como um veículo para a mudança através do qual os indivíduos tentam mudar a sua identidade, a sua *self-definition*, melhorando-a. Salientam, no entanto, aqueles autores, que a personalidade não deixa de estar imbricada na conversão uma vez que esses indivíduos demonstram ser pró-ativos e abertos a essa conversão, a essa mudança.

Personalidade e depressão

No que concerne à ligação entre a personalidade e a depressão, da revisão da literatura por si efetuada, no sentido de compreenderem melhor essa relação, Klein et al. (2011) concluíram, em síntese, que existem associações, moderadas a altas, entre a depressão e três dos traços de personalidade⁴²: (1) com o neuroticismo/emocionalidade negativa; (2) com a conscienciosidade; e (3) com a extroversão/emocionalidade positiva, funcionando estes últimos, em alguns casos, como moderadores entre o primeiro traço e a depressão. Salientam, ainda, aqueles autores que essa associação tem-se verificado positiva e significativamente entre a depressão e o neuroticismo/emocionalidade negativa, e negativamente entre a depressão e a conscienciosidade, em grande parte dos estudos. Todavia, tem vindo a apresentar noutros estudos, uma relação positiva. Tal pode encontrar explicação noutros constructos que se encontram associados à conscienciosidade (e.g., o sistema de inibição comportamental, a sensibilidade, o perfeccionismo), os quais se associam, por seu turno, fortemente com o neuroticismo/emocionalidade negativa, partilhando grande parte da variância com este último constructo. Já quanto à conscienciosidade,

⁴² Segundo Klein et al. (2011), os estudos evidenciaram que a associação entre a depressão e esses três traços da personalidade foi maior ao nível do Transtorno Distímico; a MDD (*Major Depressive Disorders*) apresentou uma relação moderada com aqueles traços de personalidade (ainda que mais forte com o neuroticismo/emocionalidade negativa).

não existem estudos que nos permitam entender cabalmente aquela relação positiva e, por isso, Klein et al. (2011) dão nota da necessidade da sua realização.

Por outro lado, embora os traços de personalidade possam influenciar uma resposta dos indivíduos ao tratamento da depressão, segundo Klein et al. (2011) revela-se improvável que os episódios de depressão provoquem alterações duradouras na maioria dos traços de personalidade.

Concluem, ainda, Klein et al. (2011) que durante muito tempo, os investigadores partiram do pressuposto de que a personalidade seria estática. No entanto, os estudos apontam para mudanças da personalidade que vão acompanhando, entre outros aspetos, o próprio desenvolvimento dos indivíduos, evidenciando, ainda, que o meio circundante pode direcionar, de certa forma, as trajetórias da personalidade, bem como a predisposição das pessoas para os sintomas depressivos.

Personalidade e qualidade de vida

Wrosch e Scheier (2003) acentuam a importância do estudo da personalidade na qualidade de vida das pessoas na medida em que ela influencia o modo como aquelas se aproximam e reagem às situações, ou ultrapassam as dificuldades que vão surgindo na vida, revelando ter, inclusivamente, um papel mediador nos processos, designadamente ao nível do *coping*.

Richter, Schwarz, e Bauer (2008) perspetivam, justamente, a relação entre a personalidade (entendida esta à luz dos traços que a identificam) e a qualidade de vida, a partir da *adaptação*. Esta encontra-se subjacente a um e outro constructos. O estudo daqueles autores permitiu concluir, entre outros aspetos, e na linha de anteriores investigações, que o neuroticismo se encontra associado negativamente à qualidade de vida, ao passo que a conscienciosidade aparece associada positivamente à mesma.

Richter et al. (2008) salientam, por outro lado, que a personalidade apresenta-se como um dos aspectos que influencia a qualidade de vida, seja em estudos que utilizaram instrumentos de medida dentro de uma perspectiva mais tradicional (a partir dos inventários de personalidade de Eysenck ou de Gordon), seja em

investigações fundamentadas na teoria de Cloninger. Esta última, inclui sistemas comportamentais de temperamento e de carácter e apresenta como dimensões (capazes de condicionar respostas emocionais como a raiva, o medo, o amor e a tenacidade) as seguintes: a busca de novidades, evitar danos, dependência de recompensa e a persistência. Estas dimensões são reveladoras, respetivamente, da tendência para a alegria como resposta para a inibição e cessação do comportamento; para manter ou buscar o comportamento em curso; e a perseverança no comportamento, apesar da frustração e do cansaço. Partindo desta última teoria, Richter et al. (2008) desenvolveram um estudo com pacientes idosos em reabilitação numa clínica constatando, entre outros aspectos, que a auto-orientação provou ter um grande impacto na qualidade de vida dos pacientes em recuperação na medida em que está associada a indivíduos com maior confiança e esta permite-lhes desenvolver uma melhor comunicação, apresentar menos agressividade e ter maiores habilidades na sua mobilidade. Assim, concluem aqueles autores que as características de personalidade evidenciadas pelos pacientes que foram objeto do seu estudo, quando trabalhadas, poderiam contribuir, de forma decisiva, para a sua qualidade de vida (Richer, Schwarz, & Bauer, 2008).

Em sentido idêntico, Huang, Lee, e Chang (2007) inferem, do seu estudo, que as pessoas com maiores níveis de estabilidade emocional, extroversão, abertura à experiência, amabilidade e conscienciosidade, envolvem-se mais na prática de exercício físico. Existindo uma relação significativa entre este e os benefícios físicos e psicológicos dos indivíduos, que contribuem positivamente para a sua qualidade de vida, os cinco fatores da personalidade contribuem, de certa forma, para a mesma.

A espiritualidade como sexto fator da personalidade: a perspetiva de Ralph Piedmont

Como referido, são vários os estudos que têm vindo a ser desenvolvidos no sentido de a espiritualidade se apresentar como um dos fatores da personalidade (para mais pormenores veja-se Alminhana & Moreira-Almeida, 2009).

De entre esses estudos, destacam-se os de Piedmont (1999a, 1999b, 2001, 2004); Piedmont e Leach (2002), de onde se infere que a espiritualidade, longe de ser

mediatizada pela personalidade, aparece como um traço idêntico e distinto dos cinco fatores i.e., como *um sexto fator* da personalidade.

A teoria defendida por Piedmont – de que a espiritualidade, tal como por ele é concebida, como Transcendência, constitui um sexto fator da personalidade – ganhou sustentação nos estudos empíricos já referidos, os quais têm vindo a assumir, inclusivamente, e como referido, uma vertente transcultural (Dy-Liacó et al., 2005, 2007; Piedmont & Leach, 2002; Rican & Janosova, 2010).

A influência das variáveis sociodemográficas na personalidade

Pudemos constatar, das nossas investigações teóricas, que as diferenças entre géneros são as mais estudadas, *per se*, no âmbito da personalidade e dos instrumentos de medida que a operacionalizam, sob a perspetiva dos traços de personalidade.

Atendendo, muitas vezes, aos estereótipos que existem⁴³, os investigadores têm-se debruçado sobre o assunto para aferir sobre a sua veracidade a partir de estudos, *inclusive* provenientes de vários países e, como tal, de diferentes culturas (e.g., Allik, 2011; Barros de Oliveira, 2002; Costa, Terracciano, & McCrae, 2001; Schmitt, Realo, Voracek, & Allik, 2008).

Esses estudos, com adultos, têm revelado diferenças entre homens e mulheres, apresentando estas últimas níveis mais elevados de neuroticismo, extroversão, amabilidade e conscienciosidade (Costa et al., 2001; Lippa, 2010; Schmitt et al., 2008; Weisberg, DeYoung, & Hirsh, 2011), e os homens valores superiores na assertividade e na abertura a Ideias (Costa et al., 2001).

Tentando encontrar explicações para essas diferenças de género, os investigadores dividem-se, essencialmente, entre as seguintes teorias: (1) as biológicas/genéticas e evolucionistas, que assentam em aspetos como as diferenças hormonais, a gravidez, o parto e a amamentação, o facto de, historicamente, homens e mulheres terem tido processos de adaptação distintos, mas também a predisposição das mulheres para determinadas psicopatologias (e.g., a depressão); (2) as psico-

⁴³ Mesmo em termos metafóricos, quando se comparam as mulheres a Vénus e os homens a Marte (Del Giudice, Booth, & Irwing, 2011).

sociais, que defendem que as diferenças entre homens e mulheres ficam a dever-se sobretudo aos papéis sociais que, uns e outros, desempenham, papéis esses que lhes são inculcados desde a sua infância e que modelam o seu comportamento (Costa et al., 2001; Lippa, 2010; Schmitt et al., 2008). Os estudos levados a efeito por estes últimos autores demonstraram, de forma surpreendente, que, nas sociedades mais igualitárias, homens e mulheres apresentaram diferenças maiores ao nível dos traços de personalidade, contrariando o defendido pelas teorias psico-sociais. Os autores avançam com algumas explicações para o facto (para mais pormenores veja-se Costa et al., 2001; Lippa, 2010; Schmitt et al., 2008), não afastando totalmente as Teorias Psico-Sociais do horizonte. Mais recentemente, porém, Schmitt, Long, McPhearson et al. (2016) vieram dizer que, face aos dados evidenciados nos vários estudos, essas Teorias Psico-Sociais parecem revelar-se inadequadas para explicar as diferenças de género nos traços de personalidade, contrariamente ao que sucede por parte das Teorias Evolucionistas.

Também a idade se tem revelado uma variável importante para a personalidade. O estudo de Golberg, Sweeney, Merenda, e Hughes (1998) com uma amostra de 3629 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos, revelou que as pessoas mais velhas foram as que apresentaram índices superiores de conscienciosidade.

Por seu turno, McCrae et al. (1999), partir dos estudos com amostras culturalmente distintas, compostas por indivíduos cujas idades variaram entre os 18 anos e os 61 (Croácia), os 70 (Itália), os 76 (Coreia do Sul), os 83 (Alemanha) e os 84 anos (Portugal), concluíram que: (1) os homens mais velhos e as mulheres (independentemente da idade) apresentaram valores inferiores ao nível da extroversão e da abertura à experiência e índices mais elevados na amabilidade e na conscienciosidade; e (2) os mais jovens revelaram valores superiores, ainda que pouco consistentes, no neuroticismo.

Mais recentemente, e com uma amostra bastante mais alargada ($N = 1.267.218$) recolhida através da *Web Wide World*, constituída por indivíduos com idades que oscilaram entre os 10 e os 65 anos, o estudo de Soto, John, Gosling, e Potter (2011) dá o seu contributo para a compreensão da personalidade em duas etapas da vida e que

se configuram como etapas de transição: (1) entre o final da infância e a adolescência; e (2) entre o início da adultez e a meia-idade.

Salientando-se a importância da primeira etapa, a qual é-nos apresentada pelos autores como *períodos-chave* na vida dos indivíduos, aquele estudo evidenciou, basicamente, que entre o final da infância e a adolescência: a) há uma tendência negativa para a amabilidade, para a conscienciosidade e para a Estroversão, quer em rapazes, quer em raparigas; b) as raparigas apresentaram uma tendência maior para o neuroticismo (em particular para a Ansiedade e para a depressão).

No que concerne à fase da adultez, o referido estudo revelou uma tendência positiva para amabilidade e, dentro do traço da conscienciosidade, para a auto-disciplina. Evidenciou, também, aquele estudo, em termos globais, uma tendência negativa para o neuroticismo, embora as mulheres tenham apresentado uma tendência maior para este traço de personalidade do que os homens (para mais pormenores veja-se Soto, John, Gosling, & Potter, 2011).

Incidindo numa amostra subdividida em três grupos: (1) centenários; (2) octagenários; e (3) sexagenários, o estudo de Martin, Long, e Poon (2002) veio a revelar uma maior conscienciosidade no terceiro grupo de indivíduos – sexagenários – quando comparados com o segundo grupo (o dos octagenários).

Conclusão

A preocupação em abandonar a perspetiva mecanicista, que vimos no capítulo anterior, traçou caminhos humanistas em várias áreas do saber, inclusive ao nível da saúde.

Para que tal sucedesse, em muito contribuiu a visão holística de saúde da OMS, assente numa perspetiva salutogénica, mais do que patogénica, como sucedia até aí. Ao invés de perfilhar uma atuação unicamente centrada em soluções terapêuticas, capazes de tratar ou aliviar doenças, a OMS veio defender uma variedade de ações destinadas sobretudo à promoção da saúde, numa perspetiva abrangente, biopsicossocial.

Esse entendimento de saúde teve implicações nos indicadores da definição de QdV que aquele organismo viria a dar, encontrando (através do grupo de especialistas

constitído especificamente para o efeito) os três aspetos que a caracterizam, independentemente de qualquer cultura, conforme referido por Saxena e Orley (1997): (1) a subjetividade; (2) a multidimensionalidade; e (3) a presença de dimensões positivas (e.g., a mobilidade) e negativas (e.g., a dor).

A partir de uma definição que tem em conta a perspetiva do sujeito, têm sido desenvolvidos vários projetos que descendem do projeto inicial WHOQOL o qual, como vimos, culminou no desenvolvimento do instrumento de medida que avalia a QdV genericamente considerada: o WHOQOL-100.

A investigação que fizemos, para desenvolver este estudo, permitiu-nos perceber que, desde cedo, o debate em torno do próprio conceito de saúde já incidia sobre a inclusão, ou não, nesse conceito, da dimensão espiritual do ser humano. Ainda que a OMS tivesse restringido o mesmo às dimensões *biopsicossociais* certo é que, no que respeita aos projetos que desenvolveu na área da QdV, contemplou aquela dimensão através de um domínio que designou por domínio SRPB (*Spirituality, Religiousness end Personal Beliefs*), também apelidado de *qualidade de vida espiritual*.

Tendo-se revelado como um dos aspetos centrais da qualidade de vida das pessoas, esse domínio acabou por ser objeto de um projeto específico do Grupo WHOQOL, tendo dado origem ao WHOQOL-SRPB, instrumento de medida destinado a avaliar especificamente o domínio SRPB (a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais associadas à QdV) i.e., a QdV espiritual.

Como constatámos, o domínio SRPB deu um contributo independente significativo para a qualidade de vida, apresentando-se, por isso, de forma distinta, e igual, de pleno direito, para estar lado a lado com os restantes domínios, e não imbricado neles, reforçando, além do mais, tal como defendido por O'Connell & Skevington (2010) a necessidade de se incluir a dimensão espiritual no conceito de saúde, dentro do que fora defendido, em 1983, pelo Dr. Halfdan Mahler (Stuckelberger, 2005).

Apesar das dificuldades apresentadas (não só porque as investigações que respeitam à qualidade de vida incidem, essencialmente, sobre populações específicas o que obstaculiza a que se façam generalizações dos resultados obtidos nessas investigações, mas também por haver, ainda, poucos estudos sobre a qualidade de vida espiritual), neste capítulo pudemos inferir, dos estudos desenvolvidos até à data, que existem um conjunto de variáveis sociodemográficas que influenciam a qualidade de vida: (1) o género (com os homens a apresentarem valores superiores nos domínios psicológico e das relações sociais da QdV cf. Panzini et al. 2011; WHOQOL-SRPB Group, 2006 e as mulheres a revelarem índices superiores na QdV espiritual, cf. WHOQOL-SRPB Group, 2006); (2) a idade (os indivíduos com idade < 45 anos revelaram valores superiores de QdV física e nível de independência cf. Panzini et al. 2011; WHOQOL-SRPB Group, 2006. Também revelaram índices superiores ao nível da Faceta SP7. *Esperança e Otimismo*; em contrapartida, os mais velhos apresentaram valores superiores nas Facetas SP1. *Ligação a um ser ou força espiritual*, SP4. *Totalidade e Integração*, e SP8. *Fé* do WHOQOL-SRPB); e (3) a presença ou ausência de doença (os indivíduos saudáveis apresentaram índices mais elevados em todos os domínios da QdV e, ainda, nas Facetas SP2. *Sentido da vida*, SP4. *Totalidade e Integração* e SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia* do WHOQOL-SRPB, enquanto o grupo de doentes demonstrou valores superiores ao nível da Faceta SP8. *Fé* da QdV espiritual cf. WHOQOL-SRPB Group, 2006). Já no que respeita à Faceta Geral da QdV, as diferenças estatisticamente significativas foram as que se verificaram entre estes dois últimos grupos (saudáveis e doentes), com o grupo dos saudáveis a apresentar valores superiores.

Os identificados estudos alertaram-nos sobre outras possíveis variáveis que pudessem influenciar a QdV genericamente considerada e a qualidade de vida espiritual em particular, desde logo a depressão e o *coping* religioso.

Da nossa investigação, pudemos verificar que a primeira afeta a pessoa não somente a nível biológico, mas também a nível cognitivo e nas suas relações com os outros sendo, igualmente, um fator perturbador do desempenho ao nível das atividades em geral e do trabalho em particular, com graves consequências não só

para a QdV (veja-se, entre outros, Panzini et al., 2011), mas também para a própria vida uma vez que pode conduzir essa pessoa, *in extremis*, ao suicídio (Barbosa et al., 2011).

De entre as variáveis sociodemográficas que poderão influenciar a depressão encontra-se, como vimos, o género, com as mulheres a sofrerem, mais do que os homens, dessa sintomatologia. Possíveis explicações para esse facto foram apresentadas a propósito, das quais assumem particular destaque as que a OMS refere: os riscos a que as mulheres estão sujeitas, associados a desvantagens socio-económicas (e.g., pobreza, discriminação social e laboral, tráfico sexual), a violações sexuais de que são vítimas (muitas delas ocorridas durante a sua infância) e, ainda, à violência (*World Health Organization*, s.d.).

Consequentemente, defende aquele Organismo Mundial que as disparidades de género, ao nível da saúde mental só poderão ser combatidas, entre outros aspetos, com um maior equilíbrio no desempenho de funções e papéis sociais, com uma igualdade salarial e com o combate à pobreza (*World Health Organization*, s.d.).

No que concerne à segunda variável - *coping* religioso - a mesma assume um papel importante na QdV dos indivíduos na medida em que lhes permite processar, lidar e enfrentar eventos *stressantes* ou acontecimentos trágicos que afetem a sua vida (e.g., Chan & Rhodes, 2013; Freitas et al., 2015; Haghghi, 2013; Mihaljević et al., 2012; Shahrokh & Pilevarzadeh, 2015).

Através da Religião, os sujeitos, entre outros aspetos, dão sentido a esses eventos ou acontecimentos (Koenig, 2012). A literatura distingue, como vimos, o *coping* religioso positivo do negativo, evidenciando os estudos (para uma revisão da literatura, veja-se Pargament et al., 2011) que o primeiro tipo de *coping* se encontra positiva e significativamente associado ao bem-estar e, algumas vezes, inversamente relacionado com variáveis como a ansiedade, a depressão ou a dor, enquanto o segundo tipo de *coping* surge positiva e significativamente correlacionado com estas últimas variáveis e, às vezes, inversamente relacionado com os constructos ligados ao bem-estar.

Pudemos, ainda, verificar que o domínio SRPB da QdV (ou qualidade de vida espiritual) aparece significativa e positivamente correlacionado com o *coping* religioso

positivo, e de forma negativa, baixa ou não significativa, com o *coping* religioso negativo (Panzini et al., 2011; Krägeloh et al., 2010).

No nosso entender, os resultados anteriormente expostos são expectáveis tendo em consideração que o constructo de *coping* religioso positivo assenta numa “relação firme, segura, com uma força transcendente, um sentido de ligação espiritual com os outros e um ponto de vista benevolente relativamente ao mundo” (Pargament et al., 2011, p. 51).

Estando associado ao envolvimento religioso, é relevante o que os estudos (e.g., Chan & Rhodes, 2013; Freitas et al., 2015; Haghighi, 2013; Shahrokhi, & Pilevarzadeh, 2015) têm evidenciado: quem está mais ligado a uma Religião e pratica os seus rituais, processa melhor as situações adversas, lidando com elas ou enfrentando-as. A reforçar ainda mais esta posição encontra-se, também, o estudo de Hvidtjorn et al. (2014), com 6.707 gémeos Dinamarqueses, o qual demonstrou poucas discrepâncias entre homens e mulheres no recurso ao *coping*, justamente entre os respondentes que indicaram ter maiores níveis de religiosidade.

Apresentando-se, assim, a variável envolvimento religioso com relevância para o nosso estudo, da investigação que fizemos, pudemos verificar que a mesma é aferida diferentemente se a olharmos em sentido mais estrito ou se a perpetivarmos em termos de motivação. Aparecendo, por vezes, indistintamente designada, entendemos por bem clarificar melhor este constructo. Assim, do que nos foi dado a conhecer pela literatura, distinguimos o envolvimento religioso propriamente dito e que afere o grau de religiosidade da pessoa através de aspetos como as crenças; a prática religiosa e a autoperceção dos indivíduos como religiosos (Aranda 2008; Hofmeister & Edgell, 2003; Meuleman & Billiet, 2011; Meyers, 2014; Moreira-Almeida et al., 2010; Swatos, 1998), do envolvimento como orientação/motivação para a Religião i.e., como orientação religiosa, o qual avalia o que motiva as pessoas a direcionarem-se/orientarem-se para a Religião. Os indivíduos aproximam-se da Religião de uma forma instrumental, para seu próprio proveito, utilizando-a para adquirir e.g., *status* social, económico, ou simplesmente como uma forma de poderem estar com os outros, fazendo-o *superficialmente* (orientação religiosa extrínseca) ou, em contrapartida, como forma

de crescimento pessoal, espiritual e social, pondo em prática os seus preceitos, vivendo em consonância com a mesma (orientação religiosa intrínseca). Vejam-se, a propósito, os estudos de Alport (1950); Alport & Ross (1967); Francis et al. (2010); Maltby (1999a,b); Maltby & Lewis (1996); Lewis et al. (2005); Tiliopoulos et al. (2007).

Quer o envolvimento religioso, quer a orientação religiosa intrínseca surgem associados positivamente à saúde, ao bem-estar e à qualidade de vida (Ferreira, 2008; Koenig, 2005, 2012; Levin, 2013; Linares, 2012; Mueller et al., 2001).

O género (com as mulheres a apresentarem maiores índices do que os homens) e a idade (com os mais velhos a revelarem valores superiores aos dos mais jovens) bem como a prática religiosa e a frequência da Igreja são variáveis sociodemográficas que se apresentaram como relevantes nos estudos sobre o envolvimento religioso e sobre a orientação religiosa (veja-se Ferreira, 2008; Linares, 2012; Meulement & Billiet, 2011; *Pew Research Center*, 2016).

Associado ao envolvimento religioso aparece, ainda, o *suporte social religioso*. Este distingue-se do suporte social genericamente considerado na medida em que utiliza recursos que estão para além dos que são fornecidos pelas interações sociais e pelo apoio secular, assentando no suporte de Deus, do líder religioso e da comunidade religiosa (Fiala et al., 2002; Bjorck & Maslim, 2011; Lazar & Bjorck, 2008) e respondendo, entre outras, às questões de sentido.

Os estudos (George et al., 2004; Krause, 2006; Moxey et al., 2011) têm vindo a demonstrar que o envolvimento religioso aparece, por um lado, intimamente ligado a índices elevados de suporte social, recebido e/ou percebido. Por outro lado, as pessoas que veem em Deus uma força que as apoia e as guia tendem a enfrentar mais facilmente as dificuldades do dia-a-dia; por sua vez, o suporte da comunidade religiosa assim como o do líder religioso revelam ter, igualmente, um impacto muito grande no funcionamento psicológico, promovendo o seu bem-estar, a sua satisfação com a vida (Bjorck & Maslim, 2011; Bridges & Moore, 2002; Fiala et al., 2002; Koenig, 2005, 2012; Ladd & McIntosh, 2008; Lazar & Bjorck, 2008; Pérez et al., 2011) mesmo

controlando o apoio/suporte social, tal como evidenciado por Bjorck e Maslim (2011) e Fiala et al. (2002).

Tal como sucede com as duas variáveis anteriores – envolvimento religioso e *coping* religioso – também no suporte social religioso se verificam diferenças em função do género e da idade, respetivamente com as mulheres e os mais idosos a apresentarem índices mais elevados, com a salvaguarda, como vimos, da questão cultural e religiosa no que se refere ao tipo de suporte auferido pelas mulheres (Bjorck & Maslim, 2011; Lazar & Bjorck, 2008; *Pew Research Center*, 2016).

Outra das variáveis que foi estudada e incluída neste capítulo, ainda que não por esta ordem, foi a espiritualidade como Transcendência a qual, podendo existir em contextos que sejam religiosos, ou não, constitui-se como originária da própria religiosidade na medida em que ela é que conduz a comportamentos *religiosos* i.e., a práticas religiosas, ganhando, por isso, pertinência em variadas tradições de fé/religiosas, sejam elas provenientes do mundo ocidental ou oriental (Piedmont, 1999a, 1999b, 2001, 2004, 2007; Dy-Liacco et al., 2005; Piedmont et al., 2009; Piedmont & Leach, 2002; Piedmont, Werdel, & Fernando, 2009).

A espiritualidade como Transcendência surgiu com uma eficácia preditiva e positiva da qualidade de vida (Piedmont, 2007) sendo que, como vimos, os níveis de Transcendência aumentam com a idade (Piedmont, 1999a).

Face ao papel que a personalidade parece influenciar o comportamento humano, individual e coletivamente (sendo, por isso, estudada nas mais variadas áreas do saber e.g., Saúde, Educação), não poderíamos deixar de incluí-la neste capítulo.

Concluimos, do seu estudo, que a personalidade, através dos seus traços, encontra-se intercorrelacionada com a forma de aproximação à Religião: a orientação religiosa intrínseca aparece e.g., positivamente associada a altos índices de amabilidade e negativamente relacionada com o psicoticismo; ao invés, a orientação religiosa extrínseca correlaciona-se com esse traço de forma positiva, tal como

evidenciado por Alminhana & Moreira-Almeida (2009). Por outro lado, as práticas religiosas poderão, também, influenciar aquela.

Vimos ainda que alguns estudos (e.g., Piedmont, 1999a, 1999b, 2001, 2004; Piedmont & Leach, 2002) vão no sentido de considerar a espiritualidade como um fator a acrescer aos *Big Five* que vem sendo assumidos, consensualmente, pela literatura i.e., a espiritualidade aparece como um sexto fator da personalidade .

Constatámos, por outro lado, que a personalidade se correlaciona com a saúde mental dos indivíduos, encontrando-se o neuroticismo fortemente associado à depressão (Klein et al., 2011), sendo as mulheres quem aparece como tendo esse traço de personalidade (Costa et al., 2001; Lippa, 2010; Schmitt et al., 2008; Soto et al., 2011; Weisberg et al., 2011), com as consequências que esta acarreta, como vimos, para a QdV e para a própria vida dos indivíduos.

Pudemos verificar que, na fase da adultez (que mais releva para a nossa investigação), verifica-se uma tendência positiva sobretudo para a amabilidade e para a conscienciosidade (McCrae et al., 1999; Soto et al., 2011), este último traço a revelar-se de forma mais acentuada com a idade (McCrae et al., 1999), sobretudo no decurso da meia-idade, no grupo de sexagenários (Martin et al., 2002).

Ainda que conscientes, conforme referido anteriormente, da complexidade da temática que escolhemos para objeto do nosso estudo, estando longe de esgotar todas as opções de investigação entre as variáveis a considerar no estudo da QdV e da QdV espiritual, o caminho percorrido até aqui permitir-nos-á, ainda assim, formular algumas hipóteses de trabalho, a partir da literatura ora revista.

A análise dos resultados obtidos, com a aplicação dos instrumentos que operacionalizam as nossas variáveis, possibilitar-nos-á infirmar ou confirmar aquelas mesmas hipóteses, contruindo, de algum modo, mesmo que modestamente, para o estudo da espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida e, especificamente, para o estudo da qualidade de vida espiritual, em Portugal.

Parte II

Estudos Empíricos

Introdução

Nesta segunda parte do nosso trabalho, incluímos os estudos empíricos levados a efeito com indivíduos Portugueses (da população em geral e profissionais da Educação), com distintas afiliações religiosas ou com nenhuma. Esses estudos são os seguintes:

1. *Estudo de validação da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB* (espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais). Este estudo obedeceu ao protocolo e às *guidelines* definidas pela OMS para validação das versões nacionais dos instrumentos WHOQOL e as específicas do WHOQOL-SRPB. Enunciaremos todo esse processo de validação e, havendo, como se disse já, um estudo que foi publicado (Costa Catré et al., 2014), relativo à etapa qualitativa com grupos focais, intitulado “O domínio SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) do WHOQOL: O estudo com grupos focais para validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB”, será o mesmo integrado nesta parte (Costa Catré et al., 2014).

Serão incluídos, ainda, dois outros artigos científicos que foram submetidos para publicação na *Revista Análise Psicológica*⁴⁴, respeitantes à mencionada validação do WHOQOL-SRPB para Portugal.

O primeiro (Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, Catré, & Pereira, no prelo-a) resultado, ainda, da etapa qualitativa com grupos focais, intitulado “Especificidades do instrumento de qualidade de vida WHOQOL-SRPB (*Spirituality, religiousness and personal beliefs*): Desenvolvimento e características psicométricas das facetas adicionais da versão em Português Europeu”.

O segundo, decorrente da etapa quantitativa do mesmo estudo (Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, Catré, & Pereira, no prelo-b), intitulado “Validação para Português Europeu do instrumento de qualidade de vida WHOQOL-SRPB (*Spirituality, religiousness and personal beliefs*): Desenvolvimento e características psicométricas”.

⁴⁴ Ambos os Artigos foram já revistos de acordo com as sugestões dos Revisores e da Editora, aguardando-se o seu aval às revisões efetuadas e a sua publicação.

2. *Estudo dos restantes instrumentos de medida.* Recordamos aqui quais os Instrumentos de medida que serão incluídos nesta segunda parte do nosso trabalho: (1) o WHOQOL-BREF, que avalia a qualidade de vida (WHOQOL-Group, 1998; Versão Portuguesa Europeia: Vaz Serra et al., 2006b); (2) o domínio VI – SRPB do WHOQOL-100 que avalia, com quatro questões, a qualidade de vida espiritual. (WHOQOL Group, 1995; Versão Portuguesa Europeia Vaz Serra et al., 2006a); (3) o IACLIDE (Inventário de Avaliação Clínica da Depressão), desenvolvido por Vaz Serra (1994), que afere da existência, ou não, de sintomas depressivos; (4) o *Brief RCOPE*, que avalia o *coping* religioso, positivo e negativo (Pargament et al., 2011); (5) o ASPIRES (*Assessment of Spirituality and Religious Sentiments*; Piedmont, 1999a, 2003), que nos permitirá avaliar o envolvimento religioso *stricto sensu* e a espiritualidade como Transcendência (Piedmont, 2004); (6) o *AGE UNIVERSAL I-E Scale-12*, que operacionaliza a variável orientação religiosa (Gorsuch & Venable 1983; Maltby, 1999a); (8) o MFRSS (*Multi-Faith Religious Support Scale*), que avalia o suporte social religioso (Bjorck & Maslim, 2011), e (9) o BFI (*Big Five Inventory*; John, Donahue, & Kentle, 1991; John, Naumann, & Soto, 2008; Soto & John, 2009) que avalia os cinco traços de personalidade considerados consensuais no meio académico: extroversão, amabilidade, conscienciosidade, neuroticismo e abertura à experiência.

Refira-se que a necessidade de utilizarmos uma amostra diversificada e mais abrangente na validação do WHOQOL-SRPB levou-nos a considerar, igualmente, essa mesma amostra para efeitos do estudo dos restantes instrumentos de medida, ora indicados, percecionando-a como uma mais-valia para esse mesmo estudo.

Figurando já a caracterização dessa amostra nos estudos quantitativos de validação do WHOQOL-SRPB que a seguir se apresentam, remetemos para a leitura desses mesmos estudos, no que a essa parte diz respeito.

De salientar que nos questionámos sobre a possibilidade de proceder a uma amostragem aleatória. Concluimos, no entanto, que o risco de uma baixa participação no nosso estudo seria elevado, tendo em conta a dimensão do nosso questionário, a

qual ficou a dever-se à quantidade de variáveis em estudo. Conscientes deste facto, a que não foi despicienda a questão da dificuldade, *per si*, em obter resposta a questionários e, especificamente, aos que, como o nosso, incidem sobre uma temática sensível (como a da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais), optámos por uma amostragem de conveniência.

Dos questionários distribuídos, foram-nos devolvidos 610. Destes, quatro tinham apenas preenchida a ficha de dados sociodemográficos ficando, por isso, inutilizados. As respostas foram, maioritariamente, alcançadas junto de profissionais da Educação.

Antes de apresentar o último estudo com esses profissionais, faremos, ainda, uma breve síntese do caminho percorrido, a fim de sistematizar algumas das principais conclusões a que chegámos com os estudos empíricos realizados até aqui.

3. *Estudo com profissionais da Educação*, intitulado “Qualidade de Vida, Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais: Um Estudo com Profissionais da Educação”. Este estudo, conforme tivemos oportunidade de referir, incidiu numa amostra ($n = 416$) que incluiu pessoal docente (professores e educadores) e pessoal não docente (pessoal técnico superior, assistentes técnicos e assistentes operacionais, entre outros).

Faremos previamente uma introdução a este estudo relativa à problemática que envolve os profissionais da Educação. Partindo dos objetivos específicos delineados para o estudo com esses profissionais, apresentaremos vários estudos que foram realizados para testar as hipóteses que formulámos: (1) os estudos diferenciais; (2) os estudos correlacionais; (3) os estudos fatoriais exploratórios; e (4) os estudos preditivos.

A finalizar esta última parte do nosso trabalho discutiremos os resultados obtidos com o nosso estudo e as conclusões a que chegámos.

1. Estudo de Validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB⁴⁵

Para podermos utilizar, no nosso estudo, o instrumento de medida que avalia a QdV espiritual – o WHOQOL-SRPB – da OMS tivemos que, previamente, seguir o protocolo de validação que foi definido por aquele Organismo, através do WHOQOL-Group bem como as *guidelines* definidas por esse grupo. Recordamos, aqui, que de acordo com o referido protocolo, são quatro as etapas a que devem obedecer as validações nacionais dos instrumentos de medida WHOQOL: (1) tradução; (2) estudo qualitativo; (3) desenvolvimento das escalas de resposta; e (4) estudo quantitativo.

As *guidelines* do grupo WHOQOL podem subdividir-se em genéricas (WHOQOL Group, 1994, 1995, 1998) e específicas, consoante o instrumento de medida a validar (e.g., Canavarro & Pereira, 2011; Fleck, Chachamovich, & Trentini, 2006).

Tratando-se o SRPB de um módulo específico, a validação das versões nacionais do WHOQOL-SRPB obedece não só ao protocolo geral, como a orientações próprias, estas últimas previstas, quer para o estudo qualitativo, quer para o estudo quantitativo (Fleck et al., 2003; Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007; WHOQOL SRPB Group, 2006). Por isso, no desenvolvimento da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB foi dado cumprimento não só às etapas do protocolo genérico de validação, mas também às *guidelines* relativas àquele instrumento de medida.

Os estudos, que a seguir se apresentam, reportam-se ao processo de validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB que desenvolvemos, como ao trabalho prévio ao nosso estudo específico com profissionais da Educação.

Etapas da validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB

Etapas da validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB

No que se refere à tradução do WHOQOL-SRPB, seguiram-se os procedimentos do protocolo genérico, e que se encontram descritos mais pormenorizadamente

⁴⁵ Também designada sinonimamente, ao longo deste trabalho, como Versão Europeia Portuguesa do WHOQOL-SRPB.

noutras publicações (Canavarro et al., 2007; Saxena & Orley, 1997; WHOQOL Group, 1994, 1998).

Tendo presente o que é referido pelo WHOQOL Group (1994) para a formulação das perguntas, procedeu-se à tradução do WHOQOL-SRPB. Esta foi feita por uma pessoa da área das Ciências Humanas e Sociais, conhecedora do WHOQOL-SRPB e familiarizada não só com esse instrumento de medida genericamente considerado, como com os conceitos que se encontram incorporados nele.

Em seguida, foi solicitado a um grupo bilingue que procedesse à revisão da tradução.

Houve, depois, lugar à revisão por um grupo monolingue de profissionais da Educação (para ser representativo da população na qual o instrumento seria aplicado).

Após a análise das sugestões, incorporaram-se as que se julgaram pertinentes, e que foram sendo trazidas ao longo deste processo, submetendo-se a redação final a um grupo independente (de três pessoas na área de Linguística).

Essa retroversão foi, depois, revista pelo grupo bilingue anterior.

Durante a etapa qualitativa, no debate dos grupos focais, houve lugar, ainda, a sugestões que permitiram melhorar a redação e adaptabilidade da linguagem para Português Europeu (para mais pormenores veja-se Costa Catré et al., 2014).

Etapa dois - Estudos qualitativos

Nesta etapa foi levado a efeito o estudo com grupos focais, obedecendo a sua constituição às *guidelines* fornecidas pelo WHOQOL-SRPB Group (2006). Orientámo-nos, igualmente, pelo estudo realizado por Panzini et al. (2011) no Brasil, aquando da sua validação, para este país, daquele instrumento de medida.

Dos grupos focais, como se disse, resultaram duas novas facetas, a SP9. *Relação com os outros* e a SP10. *Estilo de Vida*, cujas propriedades psicométricas foram aferidas.

Os dois estudos qualitativos são os que a seguir apresentamos, ambos sob a forma de artigos científicos, um já publicado (Costa Catré et al., 2014) e outro submetido para publicação na *Revista Análise Psicológica* (Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, Catré, & Pereira, no prelo-a).

ESTUDO QUALITATIVO 1

Estudo publicado – Costa Catré, M.N., Ferreira, J.A., Pessoa, T., Pereira, M., Canavarro, M.C., & Catré, A. (2014). O domínio SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) do WHOQOL: O estudo com grupos focais para validação da versão em Português europeu do WHOQOL-SRPB. *Revista Análise Psicológica*, 4, 401-417. doi: 10.14417/ap.872

**O domínio SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) do
WHOQOL: O estudo com grupos focais para validação da versão em
Português europeu do WHOQOL-SRPB**

Maria Nazarete Costa Catré* / Joaquim Armando Ferreira** / Teresa Pessoa** / Marco
Pereira** / Maria Cristina Canavarro** / Acácio Catré***

*FPCE, Universidade de Coimbra e Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa; **FPCE,
Universidade de Coimbra; ***Agrupamento de Escolas de Vila Nova de Poiares

Resumo

O objetivo deste estudo é apresentar a etapa qualitativa, recorrendo à metodologia de grupos focais, no desenvolvimento da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*). A amostra incluiu 90 participantes, distribuídos por 12 grupos focais: profissionais da saúde, doentes, cuidadores informais, Católicos, não crentes, crentes sem prática religiosa regular, Evangélicos, Adventistas do 7^o Dia, Testemunhas de Jeová, Hindus e alunos de Mestrado. Os resultados validaram as dimensões propostas no módulo original desenvolvido pelo Grupo WHOQOL-SRPB. Os grupos focais consideraram ainda outras dimensões, entre as quais a relação com os outros e o estilo de vida que, atendendo à sua relevância, são passíveis de vir a constituir-se como novas facetas do módulo WHOQOL-SRPB em português europeu. Os resultados permitem-nos inferir acerca da transculturalidade do WHOQOL-SRPB, reforçando que as questões da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais têm um papel preponderante na qualidade de vida.

Palavras-chave: qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais, grupos focais.

**The domain SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) of the WHOQOL:
Study with focus groups for validating the European Portuguese version of the
WHOQOL-SRPB**

ABSTRACT

The aim of this study was to present the qualitative phase, using the methodology of focus groups, in the development of European Portuguese version of the WHOQOL-SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*). The sample included 90 participants, distributed by 12 focus groups: health professionals, patients, informal caregivers, Catholics, nonbelievers, believers without regular religious practice, Evangelical, 7th Day Adventists, Jehovah's Witnesses, Hindus, and Masters students. The results validate the dimensions proposed in the original module by the WHOQOL-SRPB Group. The focus groups also considered other dimensions, including the relationship with others and lifestyle, which in view of their importance, are likely to be included as new facets of the European Portuguese WHOQOL-SRPB. The results allow us to infer the transcultural features of WHOQOL-SRPB, strengthening that issues of spirituality, religion and personal beliefs have an important role in quality of life.

Keywords: quality of life, spirituality, religion, personal beliefs, focus groups

Introdução

Os instrumentos *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL) destinam-se à avaliação da qualidade de vida (QdV), têm um carácter subjetivo e transcultural (WHOQOL Group, 1994, 1995, 1998), sendo dos poucos que apresentam uma componente existencial (O’Connel & Skevington, 2005). A inclusão desta dimensão deveu-se ao facto da Organização Mundial de Saúde (OMS) ter previsto, desde logo, nos instrumentos que desenvolveram (o WHOQOL-100 e a versão abreviada WHOQOL-BREF), não só os domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais e ambiente, mas também o domínio da espiritualidade/Religião/crenças pessoais. Este domínio, na versão genérica original (WHOQOL-100) é avaliado por quatro questões, porém, segundo Fleck, Borges, Bolognesi e Rocha (2003, p. 448), essas questões mostraram-se “insuficientes em testes de campo realizados em vários Centros.

No âmbito do Grupo de qualidade de vida da OMS decidiu-se desenvolver um módulo específico para avaliar a espiritualidade/Religião/crenças pessoais dentro de uma perspetiva transcultural” uma vez que o domínio SRPB (*Spirituality, Religiosity e Personal Beliefs*) revelou ser um dos aspetos centrais da QdV das pessoas, quer de doentes, quer de profissionais de saúde, quer ainda de pessoas da comunidade em geral, tendo inclusivamente os seus *itens* sido “sugeridos e recomendados por grupos focais como sendo aspetos (...) que faziam parte da sua qualidade de vida” (Fleck & Skevington, 2007, p. 147). Neste sentido, a OMS constituiu um grupo de trabalho *ad hoc* (conhecido como Grupo WHOQOL-SRPB), que esteve na origem do desenvolvimento do WHOQOL-SRPB, com a colaboração de 18 Centros espalhados por todo mundo (incluindo as Américas, o Médio Oriente, a Europa e a Ásia) e, como tal, diferentes religiões (WHOQOL-SRPB Group, 2006), destinado a avaliar o domínio da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais da QdV.

Conceptualmente, subjacentes ao instrumento WHOQOL-SRPB estão os conceitos de qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. A QdV atravessa várias áreas/domínios, entre outros, o físico, o psicológico, o ambiente, a economia, as relações sociais, profissionais e espirituais, caracterizando-se pela sua multidimensionalidade, ambiguidade e complexidade. Da QdV fazem parte, não só as

condições de vida, “que se referem a fatores como o rendimento, o nível económico, o estado civil, o nível de instrução, suscetíveis de influenciar o modo como os indivíduos experienciam e avaliam a sua vida” (Simões et al., 2000, p. 244), como a própria experiência de vida. Apresenta, deste modo, componentes objetivas (que podem ser avaliadas, designadamente através de parâmetros económicos) e subjetivas (Schallock & Verdugo, 2007). Vários estudos revelaram que a QdV depende de vários fatores, designadamente dos próprios indivíduos, da cultura, do contexto pessoal de cada um, sendo ainda dinâmica ao longo do tempo (O’Connell & Skevington, 2005; Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007).

Esta foi, portanto, a linha de investigação do grupo WHOQOL (WHOQOL Group, 1994, 1995, 1998), que definiu a qualidade de vida como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos e expectativas, padrões e preocupações” (Canavarro et al., 2007, p. 77). Trata-se de uma definição que enfatiza não só o ponto de vista do sujeito, mas também a complexa influência da saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respetivo meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual (Canavarro et al., 2007; Saxena & Orley, 1997).

No que respeita à definição de espiritualidade, segundo Fleck et al. (2003, p. 449), “foi considerada de extrema utilidade” a definição de dimensão espiritual de Ross (1994), que o fez a partir de três grandes componentes: a necessidade de encontrar sentido, razão e preenchimento na vida; a esperança/vontade para viver; a fé em si mesmo, nos outros ou em Deus. A religiosidade “é entendida mais como as crenças, os rituais e as práticas associadas com uma instituição (...) está mais relacionada com a forma como alguém expressa a sua experiência com um ser transcendente, através de uma comunidade ou de uma organização social” (Piedmont, Ciarrochi, Dy-Liacó, & Williams, 2009, p. 163). Segundo Koenig (2008), refere-se também a todas as atividades classificadas como religiosas que são praticadas individualmente e em privado (e.g., a oração pessoal, a leitura e reflexão individual das escrituras, assistir a programas e/ou canais televisivos ou ouvir programas ou e/ou canais radiofónicos religiosos bem como quaisquer outros rituais religiosos que se

praticuem individualmente, designadamente acender velas). Pode distinguir-se entre a religiosidade intrínseca e extrínseca quando a religião é procurada, respetivamente, por valer por si (como um fim em si mesmo) ou para outros fins (Alport e Ross, 1967; Koenig, 2008). Por fim, as crenças pessoais dizem respeito a quaisquer crenças ou valores que um indivíduo sustenta, que formam a base do seu estilo de vida, comportamento (Fleck et al., 2003) e que fundamentam as suas decisões (Prioste, Narciso, & Gonçalves, 2012). Segundo o preâmbulo do WHOQOL-SRPB (2002, p. 20), as crenças pessoais podem recair “numa teoria científica, num modo de vida, numa filosofia particular ou num código moral e ético”.

No que se prende com a estrutura do instrumento, o WHOQOL-SRPB apresenta oito facetas: ser ou força espiritual, sentido da vida, admiração, totalidade e integração, força espiritual, paz interior/serenidade/harmonia, esperança e otimismo e fé. Como referido, cada faceta é avaliada por quatro questões, o que perfaz um total de 32 questões (WHOQOL-SRPB Group, 2006).

Por fim, do ponto de vista da metodologia de validação das versões nacionais do WHOQOL-SRPB, esta segue o protocolo que foi definido para os restantes instrumentos criados pela OMS para avaliar a QdV, compreendendo as seguintes etapas: (1) tradução (a versão final da tradução dos 32 itens para português europeu é apresentada no Quadro 1); (2) estudo qualitativo; (3) desenvolvimento das escalas de resposta; e (4) estudo quantitativo. Tendo-se procedido à tradução do WHOQOL-SRPB para português europeu, de acordo com as orientações definidas pela OMS (para uma revisão do protocolo de validação cf. Canavarro et al., 2007), seguiu-se uma segunda etapa: o estudo qualitativo, com grupos focais. O que se apresenta, no presente artigo, é o resultado desta etapa do protocolo que tem como objetivos: a) aferir a compreensibilidade do WHOQOL-SRPB; b) rever as definições e as questões propostas no instrumento original; c) colher informações sobre a sua traduzibilidade; e d) gerar alguma faceta adicional que se revele importante para a QdV associada à espiritualidade, religiosidade e/ou crenças pessoais dos indivíduos, em Portugal. Tendo-se procedido, também, a uma análise quantitativa da importância atribuída, pelos vários grupos focais, a cada uma das facetas que constituem a versão original do WHOQOL-SRPB, são apresentados, igualmente, os resultados obtidos.

QUADRO 1

Facetas e questões do WHOQOL-SRPB

1. Ligação a um Ser ou Força espiritual SP1.1. Em que medida é que uma ligação a um Ser espiritual o(a) ajuda a ultrapassar tempos difíceis? SP1.2. Em que medida é que uma ligação a um Ser espiritual o(a) ajuda a tolerar o <i>stress</i> ? SP1.3. Em que medida é que uma ligação a um Ser espiritual o(a) ajuda a compreender os outros? SP1.4. Em que medida é que uma ligação a um Ser espiritual lhe dá conforto/ segurança?	5. Força espiritual SP5.1. Em que medida é que sente força espiritual interior? SP5.2. Em que medida é capaz de encontrar força espiritual em tempos difíceis? SP5.3. Até que ponto é que a força espiritual o(a) ajuda a viver melhor? SP5.4. Em que medida a sua força espiritual o(a) ajuda a sentir-se feliz?
2. Sentido da vida SP2.1. Em que medida é que encontra sentido para a vida? SP2.2. Em que medida é que cuidar dos outros dá sentido à sua vida? SP2.3. Em que medida é que sente que a sua vida tem um propósito/um objetivo? SP2.4. Em que medida é que sente que está aqui por alguma razão?	6. Paz interior/serenidade/harmonia SP6.1. Em que medida se sente em paz consigo próprio? SP6.2. Em que medida sente paz interior? SP6.3. Até que ponto é capaz de se sentir em paz quando dela necessita? SP6.4. Em que medida sente um sentido de harmonia na sua vida?
3. Admiração SP3.1. Em que medida é capaz de se maravilhar com o que o(a) rodeia (p. ex: com a natureza, a arte, a música)? SP3.2. Em que medida é que se sente espiritualmente tocado(a) pela beleza? SP3.3. Em que medida se sente inspirado(a) /entusiasmado(a) com a sua vida? SP3.4. Em que medida se sente grato(a) pelas coisas que pode desfrutar na natureza?	7. Esperança e otimismo SP7.1. Até que ponto se sente com esperança? SP7.2. Em que medida olha para a sua vida com esperança? SP7.3. Em que medida é que ser otimista melhora a sua qualidade de vida? SP7.4. Até que ponto é capaz de permanecer otimista em tempos de incerteza?
4. Totalidade e integração SP4.1. Em que medida é que sente alguma ligação entre a sua mente, o seu corpo e a sua alma? SP4.2. Até que ponto está satisfeito por ter um equilíbrio entre mente, corpo e alma? SP4.3. Em que medida é que sente que a maneira como vive está de acordo com o que sente e pensa? SP4.4. Até que ponto é que as suas crenças o(a) ajudam a dar coerência ao que faz, pensa e sente?	8. Fé SP8.1. Em que medida é que a fé contribui para o seu bem-estar? SP8.2. Em que medida é que a fé lhe dá conforto no dia-a-dia? SP8.3. Em que medida é que a fé lhe dá força no dia-a-dia? SP8.4. Em que medida é que a fé o(a) ajuda a desfrutar a vida?

Método
Participantes

O método apresentado neste estudo encontra-se suportado numa abordagem *bottom-up* pela importância que representam na validação das versões nacionais do WHOQOL-SRPB as opiniões dos utilizadores finais. Porque se revelam essenciais na aquisição de informações transculturais (Fleck et al., 2003), os grupos focais, técnica de investigação qualitativa utilizada, “avaliam a importância das facetas e sugerem *itens* para serem incluídos no questionário” (WHOQOL SRPB Group, 2006, p. 1488). De

acordo com as *guidelines* gerais fornecidas pelo WHOQOL Group (1995), os grupos focais a constituir obedecem aos seguintes critérios: a) pessoas em contacto com um serviço de saúde; b) pessoas da população em geral, incluindo cuidadores informais; c) profissionais da área da saúde. Foi estabelecido, no caso do instrumento WHOQOL-SRPB que, na constituição dos grupos focais, “seriam priorizados: profissionais de saúde (independentemente das suas crenças religiosas); ateus; pessoas com doenças agudas, crónicas e terminais; pacientes que se recuperaram de doenças; membros da religião dominante de cada centro; indivíduos de grupos religiosos minoritários” (Fleck et al., 2003, p. 449). Neste sentido, para ter uma ideia da posição religiosa em Portugal, socorremo-nos do mais recente estudo que, à data, fora publicado: o estudo do Centro de estudos e Sondagens de Opinião & Centro de estudos de Religiões e Culturas da Universidade Católica Portuguesa, de 2011, intitulado “Identidades religiosas em Portugal: representações, valores e práticas” (Teixeira, 2012).

Assim, utilizando uma amostra de conveniência, foram constituídos 12 grupos focais: profissionais da saúde (com seis pessoas de diferentes serviços de saúde e com distintas funções); pessoas em contacto com um serviço de saúde (seis sujeitos com as mais diversas doenças – e.g., cancro da mama, fibromialgia, espondilite anquilosante); pessoas da população em geral, incluindo cuidadores informais (sete pessoas, incluindo quatro cuidadores informais e, adiante, designado apenas de “cuidadores informais”); Católicos (dois grupos focais, um de 10 e outro de seis indivíduos); não crentes (quatro ateus); crentes sem prática religiosa regular/assídua, designado de Católicos não praticantes (sete pessoas); Evangélicos (seis pessoas); Adventistas do 7º Dia, (oito pessoas); Testemunhas de Jeová (três indivíduos); Hindus (sete pessoas) e um grupo adicional com alunos de Mestrado (composto por 20 alunos do Curso de Mestrado em Supervisão Pedagógica da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra).

Participaram neste estudo 90 indivíduos (65.6% de mulheres e 34.4% de homens), apresentando, maioritariamente, um nível de escolaridade de Licenciatura ou superior (72.2%). Apenas 1.1% não completou o 3º ciclo do ensino básico. A maioria dos participantes é casada (62.2%), sendo 24.4% solteiros, 6.7% divorciados, 3.3% separados, 2.2% em união de facto e 1.1% no estado de viuvez. Oitenta por cento dos inquiridos afirmaram não se encontrar doente, sendo que a maioria (57.8%) classificou

a sua saúde como boa, 15, 6% como muito boa, 20% como nem boa nem má e 4, 4% como má. Os participantes que declararam ter uma doença, referiram estar a ser seguidos em regime de consulta externa.

Afiliação religiosa, crenças espirituais e pessoais

No que respeita à religião, a maioria dos participantes identificou-se como sendo católico (61.1%), sendo que 16.7% se declararam protestantes (e aqui englobam-se, quer o grupo de Evangélicos, quer o grupo de Adventistas do 7º Dia), 7.8% Hindus, 3.3% Testemunhas de Jeová, 2.2% (outra) e 7.8% sem religião e 1.1% não respondeu.

A maioria das pessoas afirmou ser moderadamente a extremamente religiosas (82.2%), sendo que 7.8% afirmou ser nada religiosas e 8.9% pouco religiosas. A maioria dos participantes (74.5%) declarou considerar-se parte de uma comunidade/ congregação/ associação/ movimento religiosa(o); 53.3% afirmou recorrer e/ou assistir a serviços religiosos uma ou mais vezes por semana, 12.2%, uma a duas vezes por mês, 11.1% algumas vezes, 13.3% raramente e 10% respondeu nunca. Numa escala de 1 (Nada importante) a 10 (Muitíssimo importante), para aferir o grau de importância da religião na sua vida, 37.8% atribuiu nível 10; 13.3% nível 9; 10% nível 8; 8.9% nível 7 e 6.7% nível 1, distribuindo-se os sobrantes participantes pelos níveis restantes.

No que respeita a crenças espirituais, 58.9% afirmou ter muitas ou muitíssimas, 24.4% nem muitas nem poucas e 16.7% referiu ter nenhuma ou poucas; relativamente a crenças pessoais fortes, 72.2% afirmou ter muitas ou muitíssimas, 17.8% nem muitas nem poucas e 8.8% referiu ter nenhuma ou poucas.

Procedimento

Para constituição dos grupos focais, foram contactadas diversas entidades pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde e/ou associadas ao mesmo, bem como distintas Comunidades religiosas, entre elas, as que, gentilmente, acederam ao nosso convite em participar neste estudo. A recusa em participar e/ou não participação neste estudo ficou a dever-se, entre outros aspetos, à duração previsível para cada sessão, às dificuldades do agendamento da mesma.

Após a anuência em participar neste estudo, foi dado conhecimento prévio aos seus participantes, dos objetivos da reunião e do seu *modus operandi*, garantida a confidencialidade e o anonimato, bem como a forma de utilização dos dados, somente

para fins de investigação, tendo sido solicitada aos participantes a sua autorização, voluntária, para a gravação da sessão. Todas as sessões foram objeto de gravação exceto a realizada com o grupo focal de Testemunhas de Jeová e com o grupo de doentes, no primeiro caso porque um dos participantes não consentiu em fazê-lo e, no segundo, porque se entendeu que a situação particular das pessoas assim o justificava. Em consequência, a recolha de dados foi feita, nesses dois casos, apenas por apontamentos. Acautelou-se que o registo correspondesse integralmente ao referido pelos participantes revendo-se, sempre, em conjunto, com os participantes, as suas afirmações para que as mesmas não sofressem adulterações.

No início dos grupos focais, todos os participantes preencheram individualmente uma ficha relativa aos seus dados sociodemográficos. Seguiu-se um *brainstorming* e o debate em torno dos conceitos que estão em causa no questionário WHOQOL-SRPB, designadamente os de qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Na sequência da discussão dos termos constantes do questionário WHOQOL-SRPB, foi questionado aos participantes em que medida a espiritualidade, a religiosidade e as crenças da pessoa se relacionam e/ou interferem na QdV de uma pessoa. Só depois os participantes se confrontaram com as definições dadas pela OMS e analisaram cada faceta e respetivas questões, a sua compreensibilidade e a possibilidade, ou não, de inclusão de novas facetas/perguntas naquele instrumento de medida/questionário. No final, cada participante preencheu, individual e anonimamente, uma escala para aferir o grau de importância atribuída a cada faceta do referido questionário, numa escala de resposta de 10 pontos, de 1 (Nada importante) a 10 (Muitíssimo importante). Os grupos reuniram numa única sessão, em locais da sua conveniência, com uma duração de duas a três horas, exceto num dos grupos Católico que foi repartida por dois dias.

Análise de dados

Após a transcrição das gravações efetuadas e da revisão das mesmas, bem como dos apontamentos que foram sendo retirados, com um cuidado acrescido nas situações em que não tiveram lugar as gravações das sessões, bem como da sua leitura, por diversas vezes, procedeu-se ao tratamento e análise dos dados, utilizando, para o efeito, o *NVIVO 10 for Windows*. Foi tida em consideração outros estudos levados a efeito para validação do WHOQOL-SRPB noutros países (Fleck et al., 2003;

O'Connell e Skevington, 2005) e seguimos as orientações ao nível da análise qualitativa genericamente considerada (Bardin, 1995; Bogdan & Biklen, 1994) e de âmbito específico dos grupos focais (Krueger & Casey, 2000; Krueger & King, 1998; Morgan, 1997; Stewart, Shamdasani, & Rook, 2007).

A codificação de dados foi feita a partir dos três grandes vetores: a) Entendimento dos grupos focais relativamente aos conceitos subjacentes no instrumento WHOQOL-SRPB; b) Definições preconizadas pela OMS; e c) Análise efetuada pelos grupos focais relativamente ao instrumento propriamente dito, facetas e respetivas questões. Dentro destes três vetores consideraram-se as categorias definidas *a priori* pelo WHOQOL-SRPB. Da análise de conteúdo das “unidades de registo” emergiu um conjunto diverso de indicadores que foram incluídos, num processo dinâmico e triangulado, em determinadas subcategorias que definiram, neste estudo, as referidas categorias.

O tratamento e análise dos dados recolhidos com a ficha sociodemográfica e a escala de avaliação do grau de importância atribuída a cada faceta do WHOQOL-SRPB, que os participantes preencheram, respetivamente, no início e no final de cada sessão, foram feitos com recurso ao programa estatístico IBM SPSS, versão 20.0.

Resultados

Conceitos subjacentes no WHOQOL-SRPB

Qualidade de vida

A QdV aparece referenciada, pelos vários grupos, não só a componentes materiais, tendo como indicadores a aquisição do que se necessita, a satisfação das necessidades básicas, o acesso à educação, ter bens materiais, dinheiro/suporte financeiro, condições de vida, estabilidade económica, ter um emprego, conforto e o suficiente para viver de forma digna, “sem luxos e sem misérias”, ter um bom nível de vida social mas, sobretudo, a elementos imateriais. Entre estes, referiram ter tempo para se fazer o que se gosta, a estabilidade familiar e social, ter disponibilidade para si e para os outros, a solidariedade, a amizade, o sentido da vida, a coerência, a ausência de preocupações, a harmonia, o estilo de vida, ter noites bem dormidas, a correção/respeito, estar satisfeito com o que se tem, sentir-se amado, o respeito pelos Direitos Humanos fundamentais, ter objetivos e metas, ter paz, saber ser e saber estar

para os outros, as relações pessoais e sociais, ter um equilíbrio emocional, com os outros e com a natureza). A saúde aparece como sendo o aspeto com maior relevância, surgindo diretamente associado à QdV e como uma premissa para a existência desta, conforme se pode aferir das palavras do grupo de Ateus “A primeira coisa é ter saúde obviamente. É que, sem isso, não há qualidade de vida” ou de um dos grupos religiosos (grupo Evangélico), que afirmou que “uma das maiores bênçãos que podemos ter é a saúde e leva-nos a ter uma boa qualidade de vida.”

Há, também, aspetos religiosos e espirituais que os participantes dos grupos associam à QdV: Deus, a fé, o sentido de unidade e integração e o sentido para a vida ou o cuidar da vida interior, não ter medo da morte, a preparação moral e espiritual, ter liberdade religiosa e de pensamento.

Todos os grupos associaram, de alguma forma, a espiritualidade, a religiosidade ou as crenças pessoais à QdV, acentuando os contributos que aquelas fornecem para a mesma, designadamente encarar os acontecimentos da vida, ainda que eles sejam adversos. O que diferenciou os grupos que professam uma religião dos restantes, sobretudo do dos ateus e o dos Católicos não praticantes, foi o facto de incluírem, no próprio conceito que têm de QdV, a ligação a Deus. Mesmo pelo grupo de ateus, foi reconhecido, por exemplo, ao trazer para debate a vivência de outras pessoas, o facto de as práticas religiosas (mesmo as ritualistas, sem qualquer tradução coerente na sua vida diária das pessoas), se revelarem como cruciais para quem as adota, apresentando-se, muitas vezes, como fundamentais para o bem-estar dessas pessoas.

Espiritualidade

No que respeita ao conceito de espiritualidade, todos os grupos apresentaram alguma dificuldade em defini-lo, por considerá-lo um termo vago e abstrato. Na interação entre os participantes, em cada grupo focal, é que foram emergindo aspetos que permitiram perceber o alcance daquele conceito, revelando-se comuns aos vários grupos, desde logo, a definição do conceito pela exclusão do que é material, a partir de indicadores como “espírito”. Ainda que associada aos mais variados aspetos - a coisas não terrenas, à alma, à mente/pensamento, ao misticismo, a ter um sentido, a sentir-se em paz, a uma energia que vem de Deus ou dos outros - a espiritualidade surgiu ligada, ou não, à religiosidade. Para os grupos religiosos, uma e outra relacionam-se de alguma forma, confundindo-se até, em alguns casos, embora admitam, em termos

teóricos, que possa existir uma espiritualidade fora da religião e da religiosidade. Aparecendo associada à fé e às crenças espirituais, a espiritualidade surgiu, na maioria dos grupos focais, ligada à saúde globalmente considerada e, de forma mais particular, como a base de sustentação para encarar a doença, sendo que no grupo de ateus e num dos grupos católico, apareceu como propiciadora de bem-estar. Além de uma componente espiritual, esta foi também entendida como tendo elementos culturais e ambientais pelos grupos de Mestrado, de doentes, de ateus e de católicos não praticantes.

Um aspeto comum a todos os grupos residiu, ainda, no facto de considerarem que o constructo está associado a algo que é mais intrínseco, mais interior da pessoa. Esta interioridade, no caso dos grupos religiosos, apareceu reportada à relação com Deus e, no caso dos outros grupos, surgiu ligada ao saber o porquê das coisas, ao aprofundar de conhecimentos. Sendo considerada por um dos grupos católico como estrutural e estruturante da pessoa, a espiritualidade foi vista, pelo grupo dos católicos não praticantes como aquilo que anima o ser e nos distingue dos animais irracionais, apresentando-se, além do mais, como a capacidade de o indivíduo se transcender. Dos doze grupos, metade consideraram que a espiritualidade é inerente ou intrínseca ⁴⁶ao ser humano. O grupo/comunidade e os outros, são referidos como sendo aspetos, igualmente, importantes.

Religiosidade

Os grupos focais não tiveram qualquer dificuldade em definir o conceito de religiosidade, associando-a a práticas religiosas, a ritos, espaços de culto e caracterizando-a como formal, pública, visível, doutrinal. Apareceu associada a figuras (anjos, guias, animais sagrados, imagens ou a Deus) e ainda a um grupo/comunidade e, num dos grupos – profissionais de saúde - apareceu como estando ligada a seitas. Segundo o grupo de crentes não praticantes, a religiosidade constitui uma forma de dar resposta a questões essenciais da vida para as quais não se tem resposta, encontrando-se, na perspetiva do grupo de doentes, sobretudo, “mais ligada a uma religião que a pessoa abraça e torna pública essa sua fé”.

⁴⁶ Por Iaspo referimos no Artigo que foi publicado que “Dos doze grupos, metade consideraram que a espiritualidade é inerente ou intrínseca”, quando na realidade dos doze grupos, metade considerou que a espiritualidade é *inerente* ao ser humano. Fica, por isso, aqui esta ressalva.

Emergiram, na discussão, duas formas de viver a religiosidade: uma religiosidade mais popular, ritualista (que, no caso do grupo de Mestrado e num dos grupos Católico, apareceu, simultaneamente, associada à religiosidade natural) e uma religiosidade como fé/espiritualidade. Eclodiram nos grupos de Mestrado, de Ateus, Evangélico e nos dois Católicos, críticas ao primeiro tipo de religiosidade, ritualista, vazia de significado. Peculiarmente, nos grupos religiosos, essas críticas surgiram para demonstrar que a vivência religiosa das pessoas que constituem esses grupos não se confunde com esse tipo de religiosidade.

O aspeto relacional do ser humano com uma entidade divina - Jesus Cristo, no caso particular das religiões cristãs, e Deus em geral, ou com o Supremo - foi bastante acentuado pelos grupos que professam uma religião, sendo apresentado como algo que tem repercussões, não só na vida da pessoa, mas também na sua relação com os demais.

Crenças pessoais

O conceito de crenças pessoais foi o que suscitou maior estranheza nos grupos focais, que apresentaram dificuldades em defini-lo. Foi associado, numa primeira instância, num dos grupos católicos, a algo destituído de sentido, à luz da fé verdadeira, da qual distinguem. Houve necessidade, em alguns grupos, de se proceder, previamente, à leitura da definição dada pela OMS no preâmbulo do WHOQOL-SRPB.

Da análise dos dados recolhidos resultou que, no caso dos grupos religiosos, as crenças não se dissociavam das crenças religiosas e espirituais. Só estas pareciam fazer sentido para estes grupos focais. No caso do grupo de Ateus, as crenças pessoais foram entendidas como “acreditar”. Apesar de um dos seus elementos se ter autointitulado cético em relação a tudo, foi referido, concretamente o caso de se acreditar nas teorias Marxista-Leninista e do Che Guevara, bem como de se acreditar que é possível mudar o mundo para melhor, “fazer a diferença na vida.” No caso de um dos grupos Católico e no de Cuidadores informais, as crenças pessoais foram associadas, também, a crenças científicas relativas, nomeadamente, à teoria da Evolução.

No que respeita aos grupos de Mestrado, de doentes, de Católicos não praticantes e de cuidadores informais, as crenças pessoais foram associadas a convicções fortes as quais, no entender desses grupos, são aquelas que regem a vida

das pessoas e, segundo o grupo de Católicos não praticantes, são mais difíceis de se abdicar do que de uma religião.

As crenças pessoais foram vistas, pelos grupos Ateu, Católico, Católico não praticante e Evangélico, como estando dependentes de fatores externos, a situações ou à experiência de vida que cada um tem (grupos Católico e Católico não praticante), ao seu ambiente circundante, onde se cresceu e/ou onde se envolveu (grupo Ateu, Católico e Evangélico), à vivência que se tem em grupo, com os outros (grupo Católico), sendo mutáveis no tempo (grupo Católico não praticante). Segundo os grupos Ateu, um dos grupos Católico, Evangélico e de profissionais de saúde é o que faz com que as pessoas acreditem em algo, mas também a que, segundo esse grupo Católico, não acreditem em nada ou, ainda, a que tenham esta ou aquela religião.

Definições preconizadas pela OMS

Os grupos focais acolheram os conceitos de espiritualidade e religiosidade (cf. Fleck et al., 2003) identificando, inclusive, neles, aspetos que foram, por si, abordados durante a respetiva sessão. Reviram-se, ainda, na definição da OMS de qualidade de vida por aquela contemplar o ponto de vista da subjetividade, de que perfilharam. Já quanto ao conceito de crenças pessoais (que em alguns grupos foi apenas recordado, dada a necessidade inicial de ser apresentado previamente à discussão), os grupos que professavam uma religião, ainda que compreendendo e aceitando o que foi instituído pela OMS (dada a natureza transversal e transcultural do WHOQOL-SRPB, que lhes fora explicada), mantiveram-se fiéis ao que disseram a propósito da discussão em torno daquele conceito.

WHOQOL-SRPB: Análise das facetas e das questões

Relativamente à primeira faceta, *Ligação a um ser ou força espiritual*, os grupos focais dividiram-se no que à sua designação respeita. Desde logo, porque uns identificaram-se mais com “ser espiritual” (grupos de doentes, Católicos, Evangélico, Hindu, Testemunhas de Jeová e Adventista) e outros com “força espiritual” (grupo de Mestrado). Outros, ainda, preferiram apenas o termo “força” (grupo de Ateus), palavra esta rejeitada pelo grupo de Evangélicos. A identificação automática do “ser espiritual” a Deus foi feita por todos os grupos que professavam uma religião. O grupo de Hindus, um dos grupos Católicos e o grupo dos Católicos não praticantes, concluiu pela complementaridade das duas expressões. Foi detetada a não correspondência entre a

faceta e as questões. Estas, diferentemente da nomenclatura da faceta, apenas se reportam a “ser espiritual” e não à “força espiritual.”

No que respeita à segunda faceta, *Sentido da vida*, as duas últimas questões apresentaram-se com um grau relativo de dificuldade em serem interpretadas, numa primeira leitura, pela maioria dos participantes neste estudo, na medida em que as não conseguiram destrinçar de imediato, o que já não sucedeu, no entanto, após uma leitura atenta das mesmas e da discussão que se foi gerando nos vários grupos.

Relativamente à terceira faceta, *Admiração*, as dificuldades na tradução e na retroversão do WHOQOL-SRPB trouxeram à colação as questões idiomáticas. Com difícil tradução para a Língua Portuguesa, a expressão *awe* foi traduzida, para *Admiração*, tal como na versão brasileira (cf. Fleck et al., 2003). Nos grupos focais houve quem propusesse outras expressões em substituição de *Admiração* como sejam as de “contemplação” “deslumbramento”, “inspiração”, “fascinação”, “espanto”. não sendo unânime nem maioritária a escolha de uma só palavra que fosse comum a todos grupos, mas identificando-se a totalidade desses participantes com o que se pretende alcançar com as perguntas, optou-se por manter a designação da faceta como *Admiração* sem alteração alguma, por ter sido aquela a expressão que, na sua globalidade, colheu maior consenso entre os mesmos. Os grupos Adventista, um dos grupos Católico, o grupo de Testemunhas de Jeová e o Hindu associaram as maravilhas a Deus, Criador, que no caso do último grupo foi referido ser, simultaneamente, um Deus estabilizador e regenerador. No grupo de doentes e no Evangélico foi trazida à colação o facto de as questões contemplarem apenas os aspetos positivos (o que sucedeu também no estudo de O’ Connell & Skevington, 2005).

A análise da quarta faceta, *Totalidade e integração*, não suscitou quaisquer comentários por parte do grupo de Evangélicos, nem do grupo de Cuidadores informais. A utilização das expressões - “corpo”, “alma” e “mente” - foram facilmente aceites pelo grupo de Hindus que assumiram a sua identidade religiosa como “seres evolucionistas enquanto corpo e seres criacionistas enquanto alma”. Para os grupos de Mestrado, dos Católicos e para o Grupo de Testemunhas de Jeová, o corpo, a alma e a mente formam a totalidade da pessoa, não sendo separáveis. Um dos grupos Católico reportou-se a outro conceito que para si faz mais sentido, o de corporeidade, que abarca o corpo e a alma. Esse grupo vê a alma mais como força vital do ser. O grupo de

Católicos não praticantes também perfilhou a não separação de conceitos e concepção da pessoa como uma totalidade. O conceito de alma revelou ser o mais controverso no grupo. O grupo de doentes também rejeitou a referida separação mas, alguns participantes, ao associarem a expressão “alma” à situação de morte iminente, inibiram-se de fazer uma análise objetiva da questão. Para o grupo de Adventistas do 7º Dia existem apenas duas componentes a formar a totalidade da pessoa: a física e a espiritual (esta é identificada como “fogo da vida”), sendo a alma o resultado da junção entre o “corpo” e o “fogo da vida” que tem origem em Deus e que regressa a Deus, quando a pessoa morre. O grupo de Ateus não se identificou com a palavra “alma” por considerar que a mesma é um conceito religioso e do âmbito do sobrenatural, preferindo enfatizar a questão da coerência. Este último aspeto foi também assinalado pelo grupo de Católicos não praticantes.

Quanto à quinta faceta, *Força espiritual*, nada foi referido pelos grupos de doentes, profissionais de saúde e Testemunhas de Jeová. O grupo de Ateus e o de Católicos não praticantes não se identificaram com a palavra “espiritual”, só com a expressão “força” ou “força interior”, respetivamente. O grupo de Mestrado entendeu a expressão utilizada na primeira questão - “força espiritual interior” - como um pleonasma porque, na sua ótica, a força é sempre interior. O grupo Evangélico rejeitou, por completo, a palavra “força”, que viu como um conceito abstrato, substituindo, ainda, a palavra espiritual por “ânimo”, que corresponde ao “poder de Deus em nós” e que aparece traduzida neste e, ainda, nos dois grupos Católicos, Adventista e Evangélico, como a força de Deus, isto é, como algo que é exterior à pessoa, sendo incontestável, para esses grupos, que só com Deus ou com o Espírito Santo é que a pessoa adquire força espiritual ou ânimo. O grupo Adventista do 7º Dia fez uma associação às religiões orientais como sendo as que se identificam com o tipo de força espiritual que apenas depende do indivíduo *per si*. O grupo de Cuidadores informais viu, naquela força, uma força interior que pode estar, ou não, associada a Deus e à religiosidade.

No que respeita à sexta faceta, *Paz interior/ serenidade/ harmonia*, um dos grupos Católico e os grupos Hindu, Católico não praticante, Cuidadores informais e Testemunhas de Jeová, nada assinalaram. Alguns dos participantes, individualmente, apresentaram, inicialmente, alguma dificuldade em distinguir as duas primeiras

perguntas. Os restantes grupos focais, embora divergindo em alguns aspetos, apresentaram um elemento em comum para diferenciar os vários conceitos - a relação com os outros – considerada, por si, relevante, para que se tenha serenidade (grupo de Mestrado), para que se sinta paz interior (grupo de Ateus), para se sentir simplesmente em paz (num dos grupos Católicos) ou para se estar em harmonia (Cuidadores informais).

Relativamente à sétima faceta, *Esperança e otimismo*, nada foi assinalado pelos grupos de Adventistas, de Ateus, pelos grupos Hindu, Evangélico, de Cuidadores informais, de profissionais de saúde e de Testemunhas de Jeová. Um dos grupos Católico, os grupos de Católicos não praticantes e de doentes apenas sugeriram uma alteração terminológica. Um dos grupos Católico debateu os dois conceitos em causa – esperança e otimismo – considerando que o primeiro é mais profundo do que o segundo, vendo neste último apenas uma predisposição de momento. No grupo de Mestrado, embora não de forma consensual, houve quem visse o otimismo mais como “uma atitude psicológica” e a esperança como “uma projeção, é uma virtude, se quisermos (é uma das virtudes teológicas)”.

Quanto à última faceta, *Fé*, foi vista pelo grupo de Hindus, como a “força motriz” e com uma função orientadora. Num dos grupos Católico, a fé surgiu como medida absoluta, fundamento de tudo. Para o grupo de Ateus, no entanto, ela apareceu como algo “irracional”, “é acreditar sem saber porquê”, ao passo que as Testemunhas de Jeová a veem como “a “expectativa certa”, “uma demonstração evidente”, sendo algo que se cultiva ao longo da vida. Os grupos de doentes, de Católicos não praticantes e de Cuidadores informais afirmaram que a fé pode estar ou não ligada à religião, enquanto o grupo de Ateus e alguns participantes do grupo de Mestrado entenderam que a palavra “fé” se encontra impregnada de sentido religioso, o qual não perfilham, tendo, por isso, denunciado as dificuldades que teriam em responder às perguntas, por não se identificarem com a expressão. Nos grupos de Mestrado, de doentes, Adventista e nos dois grupos Católicos, a fé apareceu associada à espiritualidade.

Os grupos cristãos olham para a fé sobretudo como o resultado de um encontro com um Ser Superior, que é Deus, a quem vão aprendendo a conhecer e com quem estabelecem uma relação de confiança. A referida relação de confiança foi,

ainda, mencionada nos grupos de Cuidadores informais, aparecendo reportada não só a Deus, mas também aos outros. Os profissionais de saúde veem-na, igualmente, associada aos outros, no sentido de acreditar em alguém (seja nos outros propriamente ditos, seja no seu testemunho, apresentando, inclusive, não só um caso particular, como também o caso de doentes de quem cuidam, que alegam que a fé em Deus ou em Nossa Senhora de Fátima terá tido um impacto positivo na sua saúde.) Nos grupos Católicos e no de Cuidadores informais, a fé apareceu, maioritariamente, como complementar da Ciência.

WHOQOL-SRPB: facetas adicionais da versão em Português Europeu

Para além do exposto, dos grupos focais foram emergindo vários tópicos a propósito, quer da análise do instrumento globalmente considerado, quer da análise das facetas em particular. Entre eles salientam-se *a relação com os outros* e *o estilo de vida* os quais, pela especial relevância que assumiram e pelas sugestões que os grupos participantes neste estudo fizeram, são passíveis de vir a constituir-se como facetas adicionais da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB.

A importância da relação com os outros foi classificada por todos os grupos como essencial na vida das pessoas. Foi considerado que os outros são quem inspira, quem “leva mais à frente”, “interferindo na nossa qualidade de vida e nós na deles”. Os grupos religiosos acentuaram, essencialmente, o respeito e o amor ao próximo, a vivência em comunidade, o auxílio que se deve prestar a quem dele necessita, referindo, também, que os outros ajudam a pôr em prática a relação com Deus e a aprofundá-la. Também os cuidados relativos à vida física e pessoal (e.g., alimentação, práticas de abstinência/jejum, participação na Eucaristia, preparação espiritual, como o yoga e meditação) se apresentaram como aspetos que têm reflexos para a vida pessoal, familiar e de educação dos participantes, contribuindo para o seu bem-estar pessoal e social e para a sua QdV. A este respeito, os grupos de Adventistas do 7º Dia, de Testemunhas de Jeová, um dos grupos Católico e o grupo de Hindus, qualificaram mesmo alguns dos aspetos referidos como fazendo parte do que designaram ser o seu “estilo de vida”. Mais, consideraram que este, estando associado diretamente à prática da sua religião e contribuindo para a sua QdV, deveria ser contemplado no WHOQOL-SRPB.

Importância das facetas do WHOQOL-SRPB

A análise quantitativa relativa à importância das facetas do WHOQOL-SRPB, tendo em conta a escala de resposta de 1 a 10, mostrou que todas as facetas são referidas como importantes (valor médio superior a 8), sendo que as facetas *Paz interior/ serenidade/ harmonia*, *Sentido da vida e Esperança e otimismo*, são as que, em média, os participantes neste estudo reportam como mais importantes. Os resultados encontram-se no Quadro 2.

Quadro 2
Importância atribuída a cada uma das facetas

Facetas	Mínimo	Máximo	Média (M)	Desvio-padrão (DP)
1. Ligação a um ser ou força espiritual	1.00	10.00	8.24	2.42
2. Sentido da vida	3.00	10.00	9.09	1.33
3. Admiração	3.00	10.00	8.48	1.69
4. Totalidade e integração	2.00	10.00	8.68	1.44
5. Força espiritual	1.00	10.00	8.44	2.14
6. Paz interior/serenidade/harmonia	1.00	10.00	9.21	1.30
7. Esperança e otimismo	1.00	10.00	9.02	1.54
8. Fé	1.00	10.00	8.52	2.30

Da análise descritiva feita aos vários grupos focais, verificamos que o grupo de Testemunhas de Jeová é o que apresenta maiores índices em todas as facetas do WHOQOL-SRPB, seguido dos grupos de Adventistas do 7º Dia e dos grupos de Católicos 2 e 1 (por esta ordem). Como espectável, são os participantes do grupo Ateus que reportam menores valores médios de importâncias das diferentes facetas. Os resultados encontram-se expostos no Quadro 3.

QUADRO 3

Médias e desvios-padrão para as oito facetas em função dos diferentes grupos focais

Facetas	Grupo 1 (n=20)		Grupo 2 (n=6)		Grupo 3 (n=8)		Grupo 4 (n=4)		Grupo 5 (n=6)		Grupo 6 (n=10)	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
1. Ligação a um ser ou força espiritual	6.90	2.22	8.67	1.86	10.0	0.00	1.00	0.00	9.17	1.33	9.80	0.42
2. Sentido da vida	8.85	1.04	9.67	0.52	9.75	0.46	5.00	1.41	9.00	1.26	9.70	0.48
3. Admiração	7.30	1.87	9.00	1.55	9.63	0.74	7.00	2.45	9.17	0.98	9.60	0.70
4. Totalidade e integração	7.90	1.12	8.17	2.56	9.63	0.74	6.00	2.71	8.17	0.75	9.50	0.53
5. Força espiritual	7.40	2.14	8.83	1.17	9.75	0.71	1.75	0.96	9.33	0.52	9.60	0.70
6. Paz interior/serenidade/ harmonia	9.05	0.89	9.67	0.52	9.88	0.35	6.00	3.92	9.17	0.98	9.30	0.95
7. Esperança e otimismo	8.60	1.31	9.50	0.84	10.0	0.00	5.00	4.24	9.33	0.52	9.40	0.70
8. Fé	7.65	2.13	9.17	0.75	10.0	0.00	2.25	2.50	9.83	0.41	9.80	0.42

Facetas	Grupo 7 (n=7)		Grupo 8 (n=7)		Grupo 9 (n=6)		Grupo 10 (n=7)		Grupo 11 (n=6)		Grupo 12 (n=3)	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
1. Ligação a um ser ou força espiritual	9.71	0.49	6.57	1.51	9.00	1.73	8.86	0.90	9.17	1.17	10.0	0.00
2. Sentido da vida	9.57	0.79	9.29	1.11	9.33	0.52	8.29	1.60	9.67	0.52	10.0	0.00
3. Admiração	8.85	1.46	8.29	1.80	8.17	1.47	8.43	0.98	8.17	2.14	10.0	0.00
4. Totalidade e integração	9.71	0.49	9.14	1.07	8.67	0.82	8.57	1.27	9.33	0.82	9.67	0.58
5. Força espiritual	9.71	0.49	8.14	1.95	8.60	1.34	9.14	0.69	8.50	1.22	10.0	0.00
6. Paz interior/serenidade/ harmonia	9.86	0.38	9.14	1.21	9.00	0.89	9.29	0.76	9.50	0.84	10.0	0.00
7. Esperança e otimismo	9.71	0.49	8.71	1.38	9.33	0.52	8.71	1.11	9.50	0.84	10.0	0.00
8. Fé	9.57	0.79	6.86	1.86	9.83	0.41	7.57	2.99	9.33	1.21	10.0	0.00

Legenda: Grupo 1: Mestrado; Grupo 2: Doentes; Grupo 3: Adventistas; Grupo 4: Ateus; Grupo 5: Católicos 1; Grupo 6: Católicos 2; Grupo 7: Hindus; Grupo 8: Católicos não praticantes; Grupo 9: Evangélicos; Grupo 10: Cuidadores informais; Grupo 11: Profissionais de saúde; Grupo 12: Testemunhas de Jeová.

Discussão

O presente estudo, utilizando uma metodologia de grupos focais, constitui uma das principais etapas do processo de validação do instrumento WHOQOL-SRPB, que avalia o domínio da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais da qualidade de vida. Corroborando os resultados de outros estudos realizados no mesmo âmbito (Fleck et al., 2003; O'Connell & Skevington, 2005, 2010), os resultados deste estudo vão no sentido de considerar este domínio como uma componente importante da QdV dos indivíduos e contribui para que haja uma revisão do conceito de saúde da OMS, tal como defendido por Halfdan Mahler na 51ª Assembleia Mundial de Saúde, em 1998 (Stuckelberger, 2005) e por O'Connell e Skevington (2005) por forma a contemplar-se, nesse conceito, a dimensão espiritual.

De forma semelhante a estudos anteriores usando a metodologia de grupos focais (Fleck et al., 2003; O'Connell & Skevington, 2005), os principais resultados do presente estudo apontam para a existência de aspectos consensuais e de temas com algumas limitações e discordâncias que são merecedores de alguma reflexão. Verificou-se uma concordância na definição dos conceitos de qualidade de vida, religiosidade e espiritualidade. Já em relação às crenças pessoais, revela-se uma divergência entre os grupos que professam uma religião, relativamente aos que a não professam. Para os primeiros, as crenças pessoais não fazem sentido se dissociadas das crenças espirituais e religiosas. Consistente com este entendimento, estão, aliás, os resultados quantitativos no item crenças pessoais, nos quais 72.2% dos participantes afirmam ter muitas ou muitíssimas crenças pessoais fortes. E, não obstante a existência destas divergências conceituais, os grupos foram consensuais ao considerar que as crenças pessoais contribuem para a qualidade de vida.

Ao nível das facetas, não foi pacífico o entendimento da Faceta 1, *Ligação a um ser ou força espiritual*, o que se repercutiu, inclusive, mais tarde, na análise da Faceta 5, *Força espiritual*, uma vez que, para os grupos religiosos, essa força é exterior à pessoa, estando associada a Deus. Estas dificuldades e a discussão em torno dos conceitos vão, genericamente, no mesmo sentido do estudo de O'Connell e Skevington (2005). Também a dicotomia entre “corpo”, “alma” e “mente”, vista como implícita na Faceta 4, *Totalidade e Integração*, foi geradora de dissensos, sendo apontada, por alguns grupos, uma limitação - o pressuposto da existência de um equilíbrio entre “corpo”, “alma” e “mente” - que pode, no seu entender, não existir, e que, por isso, se apresenta como um aspeto que pode vir a condicionar, de alguma forma, as respostas à questão. No âmbito desta faceta, dois grupos (Ateus e Católicos não praticantes), não se identificando com a expressão “alma” preferiram enfatizar a questão da coerência. Esta questão teve particular relevância no estudo de Fleck et al. (2003), tendo levado à formulação de uma questão adicional. Ainda de forma semelhante ao reportado no estudo de Fleck et al., ao nível da Faceta 8, *Fé*, a maioria dos participantes neste estudo entende-a com um cariz religioso, o que não permite o alcance mais alargado – fé em Deus, nos outros e em si próprio – preconizado.

Ainda que a compreensibilidade do instrumento, globalmente considerado, fosse inferida pela generalidade dos participantes neste estudo, é possível concluir, da

análise dos resultados obtidos que, no que respeita à tradução do instrumento, as dificuldades que emergiram nos grupos focais, sobretudo em relação a conceitos como “crenças pessoais”, “ser ou força espiritual”, “corpo”, “mente” e “alma” e o entendimento de “fé”, poderão, em nosso entender, constituir-se, de certa forma, como condicionantes às respostas ao questionário. De facto, estes conceitos não revelaram ter uma compreensibilidade suficientemente clara e, não foram, em alguns casos, pacificamente aceites pelos distintos grupos. Por exemplo, a expressão *awe*, cuja tradução final ficou “admiração”, apesar de ter suscitado alguma controvérsia, parece ser, no global, a que menos poderá afetar as respostas dos sujeitos uma vez que estes se identificaram com as respetivas questões. Outras expressões inicialmente propostas, como por exemplo “sentido na vida” e “esperançoso”, foram reformuladas após a discussão dos grupos focais. Especificamente, os grupos entenderam que se compreenderia melhor em Português “sentido para a vida” e propuseram “com esperança” em vez de esperançoso, por este não ser um termo de uso muito comum em Portugal.

Para além do objetivo de avaliar as facetas que compõem o WHOQOL-SRPB, um dos objetivos desta etapa respeita à possibilidade de os grupos focais proporem novas questões e/ou facetas adicionais. A este propósito, é de salientar a necessidade, sentida pelos distintos grupos do estudo, de integrar *a relação com os outros* e *o estilo de vida*, considerando-os aspetos relevantes no contexto SRPB. Tal como em Fleck et al. (2003), verifica-se no nosso estudo a particularidade assumida pelos diferentes grupos religiosos de considerarem que a ligação a Deus/Entidade Superior/Supremo (vista como uma relação vertical) não se dissocia da relação com os outros (relação no plano horizontal), tendo esta dimensão de *relação com os outros* sido apontada, *ipsis verbis*, no nosso estudo, como deficitária no WHOQOL-SRPB. No que a este aspeto respeita, os nossos dados são, no entanto, igualmente, congruentes com o estudo Fleck et al. (2003), uma vez que foi considerada, neste último, uma faceta adicional de certa forma focada na *relação com os outros*, concretamente “o amor pelos outros /Humanidade”. Tendo em conta a centralidade desta dimensão relacional no âmbito do modelo de saúde espiritual e bem-estar (Fisher, 2011), parece-nos relevante a sua consideração como faceta adicional do WHOQOL-SRPB. Na mesma linha, está a dimensão *estilo de vida*, que os grupos focais consideraram como diretamente

associada à religião (por via de práticas como abstinência/jejum, participação na Eucaristia, preparação espiritual, como o yoga e meditação) e contribuindo para a sua QdV. Assim, atendendo a esta relevância, estas duas dimensões são passíveis de vir a constituir-se como novas facetas do módulo WHOQOL-SRPB português. Seguindo as recomendações da OMS para a formulação de perguntas dos questionários da família WHOQOL (WHOQOL Group, 1994, 1995), foram enunciadas diferentes perguntas relativas às duas facetas adicionais que, no âmbito dos posteriores estudos psicométricos, serão alvo de análise mais aprofundada.

Já quanto às análises quantitativas relativas à importância das diferentes facetas do módulo WHOQOL-SRPB, os resultados obtidos nas oito facetas que integram este módulo, nos diferentes grupos focais, vão no sentido esperado, de o grupo sem afiliação religiosa, apresentar médias inferiores em todas as facetas, comparativamente às registadas nos diferentes grupos religiosos. Esta análise, ainda que exploratória e essencialmente descritiva, revela que a generalidade dos participantes atribui uma grande importância às diferentes dimensões do módulo SRPB. Estes dados reforçam a literatura que sugere a importância destas dimensões para a qualidade de vida dos sujeitos e é consistente com os critérios definidos pelo Grupo WHOQOL, de que para uma faceta para ser percebida como importante para a qualidade de vida deverá ter uma importância média superior a cinco (O'Connell & Skevington, 2005). Com efeito, os resultados qualitativos e quantitativos obtidos com o presente estudo permitem-nos inferir pela transculturalidade do WHOQOL-SRPB, assumindo as suas facetas um grau de importância, positivo, na vida das pessoas, indiciando, além do mais, que a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais dos indivíduos assumem um papel preponderante na sua QdV, saúde e bem-estar, à semelhança do que têm demonstrado outros estudos nessas áreas (Fisher, 2011; O'Connell & Skevington, 2010; Piedmont, 2007; Sawatzky, Pamela, & Chiu, 2005).

O presente estudo não se encontra isento de limitações, sendo que as principais se prendem com a amostra de conveniência, bem como a dimensão de alguns dos grupos focais, não permitindo a extrapolação dos resultados. Nesta linha, refira-se que a dimensão dos grupos focais não permitiu uma análise comparativa da importância atribuída por cada grupo às diferentes facetas do módulo SRPB, para além das análises descritivas. Porém, dada a fase de validação deste instrumento (estudo

qualitativo), entendemos que este aspeto é justificável. Contudo, apresenta, igualmente, pontos fortes que são importantes destacar, nomeadamente: (1) a inclusão de grupos focais compostos por um grande número de orientações religiosas; (2) aprimorar a própria tradução do instrumento (cf. Quadro 1 - versão final da tradução dos 32 itens), tornando-a mais consentânea com a população a que se destina - a portuguesa; e (3) a possibilidade de integração de duas facetas adicionais à versão portuguesa do WHOQOL-SPRB. Adicionalmente, é de assinalar que esta fase preparatória de desenvolvimento do módulo SPRB contribui em definitivo para a validação da versão em Português Europeu do instrumento WHOQOL-SPRB reforçando, deste modo, o espectro de instrumentos de avaliação da qualidade de vida da família WHOQOL já disponíveis em Portugal (Canavarro & Pereira, 2012; Canavarro, Pereira, Simões, & Pintassilgo, 2011; Canavarro et al., 2007; Canavarro et al., 2009; Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011). Por fim, os resultados deste estudo evidenciam, no entanto, a necessidade de continuar a desenvolver estudos nesta área, em Portugal, que permitam compreender, com maior acuidade, esta dimensão do ser humano e os seus reflexos na vida das pessoas.

Agradecimentos

Dirigimos um particular agradecimento ao WHOQOL-SRPB Group nas pessoas do Dr. Mark Van Ommeren (OMS), Dr. Marcelo Fleck (Brasil), Dr. Suzanne Skevington (U.K.) bem como a todas as pessoas que tornaram este estudo possível, participando e/ou ajudando no recrutamento dos participantes. Agradecemos, ainda, às comunidades religiosas - Comunidade Hindu de Portugal (Lisboa), Adventista do 7º Dia de Coimbra, Evangélica de Paredes do Bairro (Anadia), de Testemunhas de Jeová de Sta. Comba Dão (Viseu), Caminho Neocatecumenal de Sto. António dos Olivais (Coimbra), Associação Jovens Cristãos de Luso (Mealhada) - que aceitaram, de forma generosa, colaborar no recrutamento dos sujeitos, contribuindo para o estudo da espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em Portugal.

Referências

Alport, G., & Ross, M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432-443.

- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2012). Factor structure and psychometric properties of the European Portuguese version of a questionnaire to assess quality of life in HIV-infected adults: The WHOQOL-HIV-BREF. *AIDS Care*, 24, 799-807.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., & Pintassilgo, A. L. (2011). Quality of life assessment in HIV-infection: Validation of the European Portuguese version of WHOQOL-HIV. *AIDS Care*, 23(2), 187-194.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., ... Carona, C. (2007). WHOQOL-BREF: instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Org.), *Avaliação Psicológica-Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 77-99). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Simões, M. R., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., ... Paredes, T. (2009). Development and general psychometric properties of the Portuguese from Portugal version of the World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL-100). *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 116-124.
- Fisher, J. (2011). The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being. *Religions*, 2, 17-28.
- Fleck, M. P., Borges, Z., Bolognesi, G., & Rocha, N. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 446-455.

- Fleck, M. P., & Skevington, S. (2007). Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*(Supl. 1), 146-149.
- Koenig, H. (2008). *Medicine, religion and health: Where science and spirituality meet*. West Conshohocken, PA: Templeton Foundation Press.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus group: A practical guide for applied research* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Krueger, R. A., & King, J. A. (1998). *Involving community members in focus groups*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2nd ed.). London: Sage.
- O'Connell, K., & Skevington, S. (2005). The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: Themes from focus groups in Britain. *British Journal of Health Psychology, 10*, 379-398.
- O'Connell, K., & Skevington, S. (2010). Spiritual, religious, and personal beliefs are important and distinctive to assessing quality of life in health: A comparison of theoretical models. *British Journal of Health Psychology, 15*, 729-748.
- Panzini, R., Rocha, N., Bandeira, D., & Fleck, M. P. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*(1), 105-115.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia, 9*(2), 109-123.
- Piedmont, R. (2007). Spirituality as a robust empirical predictor of psychosocial outcomes: A cross-cultural analysis. In R. J. Estes (Ed.), *Advancing quality of life in a turbulent world* (pp.117–134). Dordrecht NL: Springer.

- Piedmont, R., Ciarrochi, J., Dy-Liacó, G., & Williams, J. (2009). The empirical and conceptual value of the spiritual transcendence and religious involvement scales for personality research. *Psychology of Religion and Spirituality, 1*(3), 162-179.
- Prioste, A., Narciso, I., & Gonçalves, M. (2012). Questionário de Valores Pessoais Readaptado: Processo de desenvolvimento e contributos iniciais para a validação. *Revista Ibero-Americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica, 34*(1), 175-199.
- Ross, L. (1994). The spiritual dimension: Its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies, 32*(5), 457-468.
- Saxena, S., & Orley, J. (1997). Quality of life assessment: The World Health Organization perspective. *European Psychiatry, 12*(Suppl. 3), 263-266.
- Sawatzky, R., Pamela, A. & Chiu, L. (2005). A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research, 72*, 153-188.
- Schalock, R., & Verdugo, M. (2007). The concept of quality of life in services and supports for people with intellectual disabilities. *Siglo Cero, 38*, 21-36.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, A. (2000) O bem-estar subjectivo: estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura, 4*(2), 243-279.
- Stewart, D. W., Shamdasani, P. N., & Rook, D. W. (2007). *Focus groups. Theory and practice*. (2nd ed.). London: Sage.
- Stuckelberger, A. (2005). *The round table spirituality, religion and health at the United Nations-Genève*. Retirado de http://www.wunrn.com/news/2006/05_08_06/051206_spirituality_religion.pdf

- Teixeira, A. (2012). *Identidades religiosas em Portugal: Representações, valores e práticas*. Universidade Católica Portuguesa. Retirado de http://www.agencia.ecclesia.pt/dlds/bo/Inquirito2011_Resumo.pdf
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of mental Health*, 23(3), 24-56.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- WHOQOL Group (1998). Development of World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- WHOQOL SRPB Group. (2002). WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) Field-Test Instrument. Retirado de http://www.who.int/mental_health/media/en/622.pdf
- WHOQOL SRPB Group (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62, 1486-1497.

ESTUDO QUALITATIVO 2

Estudo submetido para publicação na Revista Análise Psicológica – Costa Catré, M.N., Ferreira, J.A., Pessoa, T., Pereira, M., Catré, A., Catré, M.C., & Pereira (no prelo-a). Especificidades do instrumento de Qualidade de vida WHOQOL-SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal beliefs*): Desenvolvimento e características psicométricas das facetas adicionais da versão em Português Europeu.

Especificidades do instrumento de Qualidade de vida WHOQOL-SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*): Desenvolvimento e características psicométricas das facetas adicionais da versão em Português Europeu

Maria Nazarete Costa Catré* / Joaquim Armando Ferreira**/ Teresa Pessoa**/ Acácio Catré***/ Maria Costa Catré****/ Marco Pereira**

*Agrupamento de Escolas de Eugénio de Castro e FPCE, Universidade de Coimbra; **FPCE, Universidade de Coimbra; ***Agrupamento de Escolas de Vila Nova de Poiares; ****Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra

Resumo

O grupo WHOQOL-SRPB da Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu o WHOQOL-SRPB, um instrumento de medida que avalia o domínio da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais da qualidade de vida (WHOQOL-SRPB Group, 2006). A validação das versões nacionais desse instrumento de medida obedece a um protocolo definido pela OMS/Grupo WHOQOL, que envolve as seguintes etapas: (1) tradução dos instrumentos; (2) etapa qualitativa; (3) desenvolvimento das escalas de resposta; (4) estudo de campo quantitativo. O presente artigo foca-se em dois estudos com os seguintes objetivos: (1) apresentar os resultados que conduziram ao desenvolvimento de duas novas facetas – SP9. Relação com os outros e SP10. Estilo de vida -, que emergiram na etapa qualitativa, com os grupos focais, e que passarão a integrar a versão do WHOQOL-SRPB, em Portugal (estudo 1); e (2) apresentar as características psicométricas destas duas facetas adicionais (estudo 2). Os resultados atestam a fiabilidade e validade das novas facetas portuguesas, constituindo-se como um acréscimo relevante e original ao questionário WHOQOL-SRPB.

Palavras-chave: WHOQOL-SRPB; qualidade de vida; relação com os outros; estilo de vida; grupos focais

Development and psychometric properties of the additional facets of the European Portuguese version of the WHOQOL-SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal beliefs*)

Abstract

The WHOQOL-SRPB Group of the World Health Organization (WHO) developed the WHOQOL-SRPB, an instrument designed to assess the aspects relating to spirituality, religiousness and personal beliefs of quality of life (WHOQOL-SRPB Group, 2006). The validation of the national versions of the WHOQOL-SRPB must follow the WHO/WHOQOL Group protocol, which consists in the following phases: (1) translation; (2) qualitative research; (3) development of response scales and (4) quantitative field study. This paper focuses in two studies with the following objectives: (1) to present the results that conducted to the development of the new facets of the European Portuguese version of WHOQOL-SRPB – SP9. *Relationship with others* and SP10. *Life style* – which emerged from the qualitative phase with focus groups (Study 1); and (2) to present the psychometric properties of these two additional facets (Study 2). The results demonstrate the reliability and validity of the new Portuguese facets, and constitute an important and novel addition to the WHOQOL-SRPB questionnaire.

Keywords: WHOQOL-SRPB; quality of life; relationship with others; lifestyle; focus groups

Introdução

O WHOQOL-SRPB (*Spirituality, religiousness and personal beliefs*) é um questionário que avalia o domínio da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (adiante domínio SRPB) da qualidade de vida (QdV) e insere-se no conjunto dos instrumentos de medida que seguem uma metodologia própria desenvolvida pelo grupo de avaliação da QdV da Organização Mundial de Saúde (OMS), conhecido como grupo WHOQOL (Fleck, 2000; Skevington, Sartorius, Amir, & WHOQOL-Group, 2004). De forma breve, o protocolo definido pela OMS/Grupo WHOQOL, para as validações nacionais, é constituído por quatro etapas: (1) tradução dos instrumentos; (2) etapa qualitativa; (3) desenvolvimento das escalas de resposta; e (4) estudo de campo quantitativo (WHOQOL Group, 1994, 1995).

No desenvolvimento da versão em português europeu do WHOQOL-SRPB, durante a etapa qualitativa, com grupos focais, emergiram vários tópicos a propósito dos conceitos que estão subjacentes ao WHOQOL-SRPB, das suas facetas, bem como do instrumento globalmente considerado (para uma revisão cf. Costa Catré et al., 2014). Esses tópicos tornaram-se suscetíveis de vir a constituir-se como facetas adicionais da versão em português europeu do WHOQOL-SRPB. No presente artigo, apresentam-se dois estudos com os seguintes objetivos: (1) apresentar o desenvolvimento de duas novas facetas da versão em português europeu do WHOQOL-SRPB, que emergiram da etapa qualitativa: a SP9. Relação com os outros e a SP10. Estilo de vida (estudo 1) e examinar as suas características psicométricas (estudo 2).

A Especificidade e Centralidade do WHOQOL-SRPB

No âmbito dos instrumentos da família WHOQOL, encontram-se já validados para português europeu os questionários genéricos de avaliação da QdV, o WHOQOL-100 (nesta medida o domínio SRPB é avaliado por quatro questões; Canavarro et al., 2009), o WHOQOL-Bref (nesta versão abreviada do WHOQOL-100 o domínio SRPB é avaliado por uma única questão, integrada no domínio psicológico; Canavarro et al., 2007) e o EUROHIS-QOL-8 (este índice geral de QdV não contempla questões sobre o domínio SRPB; Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011). Encontram-se também validados e disponíveis em Portugal os questionários que integram um módulo

específico do VIH, o WHOQOL-HIV (Canavarro, Pereira, Simões, & Pintassilgo, 2011) e WHOQOL-HIV-Bref (Canavarro & Pereira, 2011, 2012). Nestas versões, o domínio SRPB é avaliado pelas mesmas questões dos instrumentos genéricos, incluindo ainda três facetas específicas do VIH (morte e morrer, preocupações sobre o futuro, e perdão e culpa). Mais recentemente, foram desenvolvidos os módulos específicos para a população idosa, o WHOQOL-OLD (Vilar et al., 2014; Vilar et al., 2016) e o módulo que expande os aspetos relativos ao domínio SRPB, o WHOQOL-SRPB (Costa Catré et al., 2014), no qual se foca o presente artigo.

Com efeito, o WHOQOL-SRPB foi desenvolvido pelo grupo WHOQOL-SRPB (no original *World Health Organization Quality of Life - Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*), em virtude de as quatro questões que compunham o domínio SRPB do WHOQOL-100 se terem revelado insuficientes para abranger os aspetos que os grupos focais de 15 centros espalhados por todo o mundo suscitaram, aquando do processo de validação deste instrumento genérico (Fleck & Skevington, 2007). Como salientam estes autores, o domínio SRPB veio a constituir-se, durante o debate dos grupos focais, como um dos aspetos centrais da QdV das pessoas, incluindo doentes, profissionais de saúde, bem como pessoas da comunidade em geral. No decurso de validação do próprio WHOQOL-SRPB, que envolveu 18 centros de diferentes partes do mundo (incluindo as Américas, o Médio Oriente, a Europa e a Ásia e, como tal, diferentes religiões), essa centralidade manteve-se (WHOQOL-SRPB Group, 2006), apresentando-se este domínio da QdV, como um domínio que é distinto dos demais, i.e., diferenciado dos domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais e ambiente, que operacionalizam o constructo de QdV, tal como foi preconizado pela OMS (O'Connell & Skevington, 2010).

Os Constructos Subjacentes ao WHOQOL-SRPB

Subjacentes ao instrumento WHOQOL-SRPB estão os conceitos de qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Enfatizando o ponto de vista do sujeito, o grupo WHOQOL (WHOQOL Group, 1994, 1995) definiu a QdV como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos e expectativas, padrões e preocupações” (Canavarro et al., 2007, p. 77). Esta é a definição que está subjacente a todos os instrumentos desenvolvidos no âmbito dos

grupos WHOQOL, nos quais se inclui o WHOQOL-SRPB. A propósito deste instrumento, O'Connell e Skevington (2010) salientam que esta definição de QdV não pode ser perdida de vista, pois o WHOQOL-SRPB avalia a “experiência” subjetiva dos indivíduos, no âmbito da sua QdV em geral e, especificamente, ao nível da sua QdV espiritual.

Para a construção do WHOQOL-SRPB, o grupo WHOQOL-SRPB teve em conta, ainda, para a definição do conceito de espiritualidade, o constructo de “dimensão espiritual” defendido por Ross (1995), o qual é constituído por três componentes: (1) a necessidade de encontrar sentido; (2) a esperança/vontade para viver; e (3) a fé em si mesmo, nos outros ou em Deus. No que respeita à religiosidade, esta é entendida como o ritual ou prática, como a forma através da qual os indivíduos expressam a sua ligação ao Transcendente, individual e/ou coletivamente, através de uma organização, distinguindo-se entre religiosidade intrínseca, quando a religião é procurada pelos indivíduos como um fim em si mesmo, e extrínseca, quando o é para atingir outros fins, como por exemplo o estatuto social (Alport & Ross, 1967; Fleck, Borges, Bolognesi, & Rocha, 2003; Koenig, 2008). Relativamente às crenças pessoais, estas respeitam a valores que sustentam o comportamento humano (Fleck et al., 2003), podendo recair, tal como entendido pelo grupo WHOQOL-SRPB, “numa teoria científica, num modo de vida, numa filosofia particular ou num código moral e ético” (WHOQOL SRPB Group, 2002, p. 20).

Os grupos focais como Metodologia nos Instrumentos WHOQOL

O estudo qualitativo, com grupos focais, tem-se revelado como uma etapa determinante para aferir a transculturalidade dos instrumentos desenvolvidos pela OMS no âmbito da avaliação da QdV (Canavarro et. al., 2009; Fleck et al., 2003; O'Connell & Skevington, 2005; 2010; Rijo et al., 2006). A metodologia dos grupos focais faculta, igualmente, que se tenha em consideração a realidade de cada país, a sua culturalidade, permitindo, não só a formulação de questões e/ou facetas adicionais (Fleck et al., 2003) que poderão ser incorporadas nas versões nacionais desses mesmos instrumentos de medida (Rijo et al., 2006), mas também aprimorar cada instrumento de medida (Costa Catré et al., 2014; Torskenæs & Kalfoss, 2013).

A utilização de grupos focais nos instrumentos de medida da família WHOQOL justifica-se, não só por este tipo de instrumentos serem dotados de transculturalidade (na medida em que se focam em aspetos cuja importância é transversal a diferentes

culturas), mas também porque os mesmos permitem uma apropriação cultural, incorporando não só aspetos específicos de cada língua, como ainda outros que se revelem significativos para a QdV das pessoas, em cada país, aquando da sua validação. Estes aspetos foram bem demonstrados no estudo de validação para português europeu da medida genérica WHOQOL-100 (no decurso do qual emanou dos grupos focais, uma nova faceta, designada como FP25. *Poder político*; Rijo et al., 2006) e, mais recentemente, da validação do WHOQOL-OLD (na qual emergiu uma nova faceta relativa à família/vida familiar; Vilar, Sousa, & Simões, 2016). De igual modo, e na linha de outros estudos internacionais de validação do WHOQOL-SRPB (Fleck et al., 2003; O'Connell & Skevington, 2005; Torskenæs & Kalfoss, 2013), foi na etapa qualitativa com grupos focais que surgiram as novas facetas que constituem o objeto do presente artigo.

Estudo 1 - Estudo Qualitativo com grupos focais

Método

Participantes

De acordo com as recomendações fornecidas pelo WHOQOL Group (1995), a constituição dos grupos focais deve obedecer aos seguintes critérios: (a) pessoas em contacto com um serviço de saúde; (b) pessoas da população em geral, incluindo cuidadores informais; (c) profissionais da área da saúde. No caso da validação do WHOQOL-SRPB, foi estabelecido que na constituição destes grupos “seriam priorizados: profissionais de saúde (independentemente das suas crenças religiosas); ateus; pessoas com doenças agudas, crónicas e terminais; pacientes que se recuperaram de doenças; membros da religião dominante de cada centro; indivíduos de grupos religiosos minoritários” (Fleck et al., 2003, p. 449). Para ter uma ideia da posição religiosa em Portugal, recorreu-se ao estudo mais recentemente publicado sobre esta temática, o estudo do Centro de estudos e Sondagens de Opinião & Centro de estudos de Religiões e Culturas da Universidade Católica Portuguesa, de 2011, intitulado “Identidades religiosas em Portugal: Representações, valores e práticas” (Teixeira, 2012).

A versão em português europeu do WHOQOL-SRPB foi debatida em 12 grupos focais: (1) profissionais da saúde (com seis sujeitos de diferentes serviços de saúde e

com distintas funções); pessoas em contacto com um serviço de saúde (seis sujeitos com as mais diversas doenças – e.g., cancro da mama, fibromialgia, espondilite anquilosante); Pessoas da população em geral, incluindo cuidadores informais (sete sujeitos, incluindo quatro cuidadores informais e, adiante, designado apenas de “Cuidadores informais”); Católicos (dois grupos focais, um de 10 e outro de seis sujeitos); não crentes (quatro ateus); Crentes sem prática religiosa regular/assídua, também designado de “Católicos não praticantes” (sete sujeitos); Evangélicos (seis sujeitos); Adventistas do 7º Dia, (oito sujeitos); Testemunhas de Jeová (três sujeitos); Hindus (sete sujeitos); e um grupo adicional com alunos de Mestrado (composto por 20 alunos do Curso de Mestrado em Supervisão Pedagógica da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra). Estes 12 grupos focais congregaram um total de 90 participantes (65.6% do sexo feminino; 62.2% casados; 72.2% com escolaridade igual ou superior a Licenciatura). A caracterização mais pormenorizada dos grupos focais encontra-se descrita noutra publicação (Costa Catré et al., 2014).

Procedimento

Para a constituição dos grupos focais, foram contactadas diversas entidades (e.g., Serviço Nacional de Saúde e/ou associadas ao mesmo), bem como distintas Comunidades religiosas. Após a anuência em participar neste estudo, foi dado conhecimento prévio aos seus participantes dos objetivos da reunião (e do seu *modus operandi*), garantida a confidencialidade e o anonimato, bem como a forma de utilização dos dados, somente para fins de investigação. Foi-lhes solicitada a sua autorização, voluntária, para a gravação da sessão. Os procedimentos adotados relativamente ao estudo com os grupos focais encontram-se descritos com maior detalhe noutra publicação (Costa Catré et al., 2014).

Análise de Dados

A análise de dados foi realizada utilizando o programa *NVIVO 10 for Windows*, de acordo com o descrito em Costa Catré et al. (2014). Seguiram-se os trâmites propostos para análise de conteúdo, tendo-se procedido a uma análise rigorosa do mesmo, entre outros aspetos, efetuando-se a triangulação dos dados. Saliente-se que a matriz de codificação dos dados foi o resultado da concordância dos três avaliadores, co-autores do presente estudo. Para avaliar o grau de concordância dos avaliadores

relativamente às duas facetas adicionais, i.e., para calcular o índice de fiabilidade da análise efetuada pelos três avaliadores, procedemos a uma análise de conteúdo pré-estruturada, conforme descrito em Lima (2013). Deste modo, partindo da análise feita pelos três avaliadores, em concordância e das unidades de registo decorrentes do “recorte” feito pelos mesmos, solicitámos a um juiz independente, externo a todo o processo, co-autor do presente estudo, que procedesse à codificação, numa grelha, das unidades de registo, acompanhadas das categorias a aplicar, que lhe foram apresentadas, de forma aleatória. No final, recorrendo ao programa estatístico IBM SPSS (versão 20.0), foi calculado o *Kappa* de Cohen a partir das duas codificações feitas: a primeira codificação – Cod.1 – a dos três avaliadores e a segunda codificação – Cod. 2 – do juiz independente.

Resultados

Relação com os outros

A relação com os outros e a importância destes foram aspetos classificados, direta e indiretamente, por todos os grupos focais, como estando associados à sua QdV. Fizeram expressamente essa associação os grupos de doentes, de Cuidadores informais e de Testemunhas de Jeová. Foi salientada a correspondência biunívoca, capaz de propiciar mas, igualmente, de retirar essa QdV, conforme aparece expresso:

- *Nós também interferimos na qualidade de vida dos outros e os outros na nossa.*
- *Sim, estou a pensar no caso da Liga contra o Cancro. Quando tive a doença, o facto de as outras que tinham tido nos ajudarem, foi muito importante. Às vezes só a sua presença é um testemunho!*
- *É verdade, os outros levam-nos mais à frente, muitas vezes até sem palavras, só com a sua presença!...*

[Grupo 2 – doentes]

Sobretudo na análise do conceito da religiosidade, foram trazidas, para o debate, as questões ligadas à coerência entre as práticas religiosas e as das vidas das pessoas, fazendo-se a distinção entre uma religiosidade mais ritualista e uma religiosidade como fé ou espiritualidade. No primeiro caso, “os outros” foram sendo

objeto de críticas, pela forma como interagem com os demais, com implicações no seu *modus vivendi*:

Penso que é importante não agredir, não ser agredida, não agredir ninguém. É o que é importante para você viver assim, tranquila, sem remorsos. A religiosidade não é só ir à igreja. É fazer algo que seja bom para você mas também para os outros. Há pessoas que vão à igreja, rezam, comungam e maltratam. São frequentadores assíduos da igreja e maltratam os pais.

[Grupo 1- Mestrado]

A propósito da análise do conceito de crenças pessoais, foi referido o seguinte:

Eu acredito que as pessoas são naturalmente boas e simpáticas. Toda a minha vida tive esta crença e tenho a crença de que gosto de toda a gente. De vez em quando, levo uma chapada na vida. Digo sempre “para a próxima vou ser mais cautelosa. Talvez não sejam todos bons” mas não vai abalar a minha crença de que as pessoas naturalmente são boas.

[Grupo 8 – Católicos não praticantes]

Aquando da análise da quinta faceta – Força espiritual – foi assumindo que esta pode estar, ou não, associada a Deus e à religiosidade, referindo-se o seguinte:

- Portanto, essa força espiritual também se vai buscar nos outros e em várias situações.

- Conseguimos ter esses exemplos e conseguimos levantar-nos. A força das pessoas que têm um mal, uma doença, ou uma desgraça que aconteceu na vida, vai-nos dando ânimo, e ajuda-nos a “dar a volta”. Com a reação da própria pessoa que está doente, que até nos dá força a nós.

[Grupo 10 – Cuidadores Informais]

Na análise da sexta faceta do WHOQOL-SRPB - *Paz interior/serenidade/harmonia* - a relação com os outros assumiu especial relevo, tendo sido a partir dessa relação que alguns grupos distinguiram os conceitos presentes na mesma:

- A paz é mais um sentimento íntimo, ao passo que a serenidade pode ser na relação com os outros.

- *E, às vezes, a serenidade ajuda-nos a encontrar a paz.*

[Grupo 1- Mestrado]

Uma pessoa quando sente uma certa paz interior, é quando, de uma maneira em geral a gente está bem com os outros. Isto é mesmo assim. Se nós fizermos uma sacanagem qualquer, se formos, ou em palavras ou atos ou qualquer coisa contra alguém, eu penso que a gente, por mais tempo que passa, não consegue ter uma paz interior, não é? A gente só consegue ter uma verdadeira paz interior se formos boas pessoas.

- *Mas tu dizes que sentes paz interior quando estás bem com os outros, é?*

- *Sim.*

- *Tem a ver com os outros. É dicotómico, dá para os dois lados.*

[Grupo 4 - Ateus]

Ou seja, esta paz consigo próprio, nós podemos não estar com essa paz interior porque são situações que nós temos que resolver, são atitudes que nós temos que ter e que são as certas e que nós achamos que são as certas mas que não nos dão assim, essa paz interior. (...) Mesmo na relação com as pessoas temos que decidir: esta é a atitude correta, nós temos que fazer isto e isso, no fundo, dá-nos uma paz porque é a atitude correta mas, no fundo, não nos dá aquela paz interior!

[Grupo 6 – Católicos 2]

Normalmente está tudo interligado: uma pessoa que tem uma certa serenidade, tenta estar em harmonia com os outros, também acaba por ter uma paz interior. Agora o contrário... lá está tudo interligado!

[Grupo 10 – Cuidadores Informais]

Foi considerado, também, pelo grupo de Cuidadores informais e por um dos grupos Católico, durante o debate, que *os outros* são, igualmente, quem *nos inspira*.

Os grupos religiosos acentuaram, sobretudo, o respeito e o amor ao próximo, a vivência em comunidade, o auxílio que se deve prestar a quem dele necessita, referindo, igualmente, que os outros ajudam a pôr em prática a relação com Deus e a

aprofundá-la. A particularidade assumida pelos grupos religiosos foi a de considerarem que a ligação a Deus/Entidade Superior/Supremo (vista como uma relação vertical) não se dissocia da relação com os outros (relação no plano horizontal) sendo, uma e outra, indissociáveis da religião.

A razão da nossa existência é mesmo Deus. Nós sentimos isso. Sabemos que se aceitamos Deus e que se aceitamos o que ele quer para nós, nós vamos alcançar, aí o propósito, que será a vida eterna é mesmo, na vida prática, o ajudar os outros.

[Grupo 3 - Adventistas do 7º Dia]

No Hinduísmo, o que é que se diz? Para atingir este corpo, o corpo humano, nós temos que fazer muito boas ações. Se vai ver a palavra religião traduzida na Língua Indiana chama-se Dharma mas se traduzir Dharma novamente, não quer dizer religião, quer dizer dever. Portanto Dharma tem vários sentidos. Dharma é o nosso dever perante a sociedade, perante os outros.

[Grupo 7 – Hindus]

A relação com os outros é muito importante para a Testemunha de Jeová. A minha qualidade de vida é muito melhor se eu tiver um relacionamento bom com os outros, com o meu vizinho, por exemplo. Já Jesus dizia que há mais felicidade em dar do que receber. (...) Temos dois grandes mandamentos: amar a Deus e amar o próximo. Um cristão não se isola.

[Grupo 12 - Testemunhas de Jeová]

A religião pura e imaculada é ajudar os órfãos e as viúvas nas suas necessidades. É o que nós entendemos por religião, na Bíblia sagrada. Nós, realmente, como já ouvimos, quando nos reunimos, reunimos, congregamo-nos para adorar o Senhor, para o louvar (...) A nossa ligação com Deus, transformou a nossa vida e depois, com a nossa vida transformada, sentimo-nos bem a ajudar os outros.

[Grupo 9 – Evangélicos]

Apontada como deficitária no WHOQOL-SRPB, a relação com os outros é relevante para os grupos que professam uma religião, não só porque decorrente da relação com Deus, mas também porque é capaz de influenciar o comportamento das pessoas, impulsionando-os à vivência em grupo capaz de influenciar a espiritualidade, como aqui aparece expresso:

Mas, mais que isso, o que eu acho que aquilo que falta aqui é um bocadinho a relação interpessoal. Essa relação interpessoal reflete-se no espírito de grupo, de fazer coisas porque o grupo faz, da adesão ao grupo – e é isso que faz a parte ritual – é o sentir-se bem no meio dos outros e os outros sentem-se bem também...há uma parte aqui que respeita a essa relação interpessoal, da relação com os outros que influencia a espiritualidade... (...) Pois, aqui o que há é muito o “eu”, falta a parte do “outro”.

[Grupo 6 – Católicos 2]

Estilo de vida

Por seu turno, os cuidados relativos à vida física e pessoal (como sejam a alimentação, a saúde, práticas de abstinência/jejum, de preparação espiritual, como o yoga e a meditação, o contexto em que se vive, o facto de se aderir a um grupo que em muito contribui para que a pessoa viva de uma determinada maneira, pratique determinados rituais, participe na Eucaristia, viva o “espírito” de grupo e concretize a sua espiritualidade), apresentaram-se também como aspetos que têm reflexos na vida dos participantes, contribuindo para o seu bem-estar pessoal e social e para a sua QdV. Os grupos de Adventistas do 7º Dia, de Testemunhas de Jeová, um dos grupos Católico e o grupo de Hindus, qualificaram estes aspetos como fazendo parte do que designaram ser o seu “estilo de vida”. Estes grupos consideraram ainda que o estilo de vida, estando associado diretamente à prática da sua religião e contribuindo para a sua QdV, deveria ser contemplado no WHOQOL-SRPB. A importância dada a este tópico, por estes últimos grupos focais, evidenciada pelas seguintes unidades de registo:

Até porque gostamos que as pessoas que nos rodeiam se sintam bem, não só a nível espiritual mas também a nível de saúde e de relacionamentos. Isso, para nós, é muito importante. Por isso é que a nossa igreja motiva a expo saúde (...) “estilo de vida” tem tudo. Há

uma relação importante entre o estilo de vida e a religiosidade. Não é só a saúde...

[Grupo 3 - Adventista do 7º Dia]

Melhora até o estilo de vida das pessoas. Temos dados concretos que o ensino produz resultados: pessoas com problemas de álcool ou de tabaco, que se conseguiram afastar desses vícios, que melhoraram a sua vida pessoal e familiar. Porque se eu fumar ao pé de quem não fuma, não estou a pôr em prática o amor ao próximo. Se fizer um estudo com as Testemunhas de Jeová, verá que são os que menos fumam, os que não vão para a taberna e os que têm um bom relacionamento de casal.

[Grupo 12 - Testemunhas de Jeová]

Na nossa associação há a formação integral dos jovens, que depois se vai traduzir num estilo de vida que pode ser um bocadinho diferente do dos outros jovens. Nós por exemplo, crescemos aqui, fazemos um caminho, no sentido de nos tornarmos melhores pessoas...

[Grupo 5 – Católicos 1]

*Em termos de religiosidade, por exemplo, a nossa religião fala muito em meditação. E podemos estar financeiramente mal mesmo a nível da saúde, ou com o stress ou outras dificuldades, a meditação ajuda-nos a superar problemas que nós temos...meditação, yoga...muitas vezes as pessoas dizem que a yoga, associam yoga com ginástica...mas não é ginástica, a yoga, a própria palavra diz...
- Preparação moral, espiritual.*

[Grupo 7 - Hindu]

Análise da Concordância dos Avaliadores

No presente estudo, o valor de *Kappa* foi de 0.85 ($p < .01$). De acordo com a proposta de Fleiss (1981, citado por Fonseca, Silva, & Silva, 2007), um valor $>.75$ é considerado excelente.

Formulação das perguntas das facetas adicionais

Na sequência da análise de conteúdo e da revisão dos dois referidos tópicos, foram formuladas, pela equipa de investigadores, várias perguntas para as novas facetas que emergiram nos grupos focais. O desenvolvimento das perguntas para as facetas adicionais obedeceu aos critérios definidos para a formulação de perguntas dos instrumentos WHOQOL (WHOQOL Group, 1994), atendendo de igual modo à definição de QdV que subjaz ao questionário WHOQOL-SRPB. A Figura 1 apresenta as quatro perguntas que passaram a compor a versão final da faceta SP9. *Relação com os outros*. Na Figura 2 apresentam-se as perguntas que constituem a faceta SP10. *Estilo de vida*. Estas duas facetas foram sujeitas a uma análise das suas características psicométricas, cujos resultados são apresentados no estudo 2.

SP9.1 Em que medida as suas crenças espirituais, religiosas ou pessoais contribuem para a sua relação com os outros?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5
SP9.3 Até que ponto é que a relação que tem com os outros é coerente com as suas crenças espirituais, religiosas ou pessoais?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5
SP9.6 Em que medida é que a relação com os outros dá sentido à sua vida?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5
SP9.7 Em que medida é que as suas crenças espirituais, religiosas ou pessoais o levam a preocupar-se com o bem-estar dos outros?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Figura 1. *Questões e escalas de resposta da Faceta Portuguesa SP9. Relação com os outros*

SP10.1 Em que medida é que as suas crenças espirituais, religiosas ou pessoais contribuem para o seu estilo de vida (ao nível da alimentação, da educação, de celebração/ritual (ais), de meditação, de relacionamento sexual e conjugal...)

Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

SP10.2 Até que ponto está satisfeito com o seu estilo de vida?

Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

SP10.3 Até que ponto é que sente que o seu estilo de vida está de acordo com as suas crenças espirituais, religiosas ou pessoais?

Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

SP10.4 Em que medida é que o seu estilo de vida melhora a sua qualidade de vida?

Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Figura 2. Questões e escalas de resposta da Faceta Portuguesa SP10. Estilo de vida

Discussão

O presente estudo foi demonstrativo de que a etapa qualitativa, com os grupos focais, foi fundamental no processo de validação da versão em português europeu do WHOQOL-SRPB, porquanto permitiu aperfeiçoar este instrumento de medida ao nível da formulação das questões e da sua adaptação para o português europeu (Costa Catré et al., 2014). De igual modo, foi profícuo ao gerar, durante a análise e o debate do WHOQOL-SRPB, os tópicos que conduziram a duas novas facetas, apontadas como deficitárias neste instrumento: SP9. *Relação com os outros* e SP10. *Estilo de vida*.

A dimensão dos outros reforça os dados reportados num estudo com raízes culturais comuns ao nosso, o do desenvolvimento da versão em Português do Brasil do WHOQOL-SRPB (Fleck et al., 2003), no qual se acentuou a importância dos *outros*, concretizada na proposta pelos grupos focais brasileiros de uma faceta adicional designada de “amor pelos outros”. Esta dimensão é também consonante com o que consta em duas das questões adicionais do manual do WHOQOL-SRPB (*How important*

is to you have love and compassion?; How important is for you to experience kindness to other without expecting anything in return?; WHOQOL-SRPB, 2002), cuja aplicação foi deixada à discricionariedade dos investigadores. Neste estudo, entendemos não utilizar estas questões por pretendermos aplicar a versão final do instrumento de medida tal como resultou da sua validação original.

A *relação com os outros* ganhou, no presente estudo, um outro sentido, que não apenas a importância/satisfação que a mesma assume para a pessoa e que aparece expressa no estudo de Fleck et al. (2003). Na verdade, esta faceta adicional nacional surge aqui, não isolada, mas antes marcadamente perspectivada dentro do domínio SRPB, i.e.: (1) no contexto concreto das crenças espirituais, religiosas e pessoais; (2) no contributo dessas crenças para a relação que se tem com os demais; e (3) da coerência que existe nessa relação com as referidas crenças. No âmbito desta nova faceta, assumiu também importância a satisfação que se tem com essa relação e, se esta, de alguma forma, dá sentido à vida da pessoa. Estes aspetos foram amplamente referidos pelos diferentes grupos focais deste estudo, o que vêm reforçar a centralidade da dimensão relacional no âmbito do modelo de saúde espiritual e bem-estar preconizado por Fisher (2011).

De assinalar que, embora os “outros”, no estudo de Fleck et al. (2003), tenham dado *a posteriori* origem a uma nova faceta, estiveram em debate duas facetas definidas previamente que contemplavam essa dimensão: a faceta “bondade com os outros/abnegação/renúncia” e a faceta “aceitação dos outros” (ambas propostas pelo WHOQOL-SRPB Group). No entanto, estas foram apontadas pelos grupos focais do Brasil como tendo alguns constrangimentos (e.g., a ausência de sinceridade nas respostas; dificuldades de colocar em prática). No nosso estudo, porém, tendo emergido espontaneamente no debate dos grupos focais, a SP9. *Relação com os outros* (tal como posteriormente formulada, bem como o teor incluído nas respetivas questões, resultantes do debate nos grupos focais), tem a particularidade de: (1) manter incólume a relevância dos *outros* para a QdV espiritual (que foi inicialmente considerada importante, quer pelos grupos focais que analisaram o WHOQOL-100, quer pelos especialistas que a sujeitaram à discussão nos grupos focais do WHOQOL-SRPB); (2) permitir que se ultrapassassem as dificuldades enunciadas por Fleck et al. (2003); e (3) abranger a nova faceta proposta pelos grupos focais no Brasil.

No que concerne ao *estilo de vida*, esta dimensão surgiu, tal como a anterior, indissociada da prática da religião. Esta prática conduz, inequivocamente, segundo os participantes do nosso estudo, a “cuidados” do foro físico, pessoal, familiar e espiritual que se refletem na vida diária das pessoas (e.g., da própria educação dos participantes, da forma como se relacionam, inclusive, a nível conjugal e familiar) e que contribuem para a sua QdV e para a sua saúde, tal como estas são perspetivadas pela OMS (Canavarro et al., 2007; Saxena & Orley, 1997).

Refira-se que, no estudo da versão em Português do Brasil do WHOQOL-SRPB (Fleck et al., 2003), foi debatida a faceta “código para se viver” (inicialmente proposta pelo Grupo WHOQOL-SRPB). Esta nomenclatura, todavia, levou à sua rejeição pelos participantes daquele estudo. Embora próxima da referida faceta, a *Estilo de vida* não se confunde, no entanto, com a mesma, podendo até ultrapassar as questões suscitadas pelos participantes no estudo brasileiro do WHOQOL-SRPB. Com efeito, a SP10. *Estilo de vida* apresenta-se como uma faceta mais abrangente, ao ter como referência (1) as crenças espirituais, religiosas e pessoais; (2) as implicações que estas têm na forma de viver das pessoas; (3) o contributo que aquele *estilo de vida* próprio dá para a qualidade de vida dos indivíduos; e (4) a questão da coerência. Este último aspeto – a coerência – surge, não só vincadamente referido pelos participantes no nosso estudo, mas também no de Fleck et al. (2003), sendo um dos aspetos que é importante para as pessoas que professam uma religião mas, igualmente, para aqueles que a não professam (Costa Catré et al., 2014).

Estudo 2 - Estudo Quantitativo

Método

Participantes

Para aferir as propriedades psicométricas das novas facetas da versão em português europeu do WHOQOL-SRPB levou-se a efeito um estudo quantitativo. Partindo de um estudo específico com profissionais da educação (docentes e não docentes), da zona centro do país, alargou-se, no entanto, o mesmo, utilizando uma amostra não restrita a esses profissionais. Tal justificou-se, atentos os critérios orientadores do WHOQOL-SRPB Group (2006), para a validação nacional daquele

instrumento de medida (os quais tinham sido já seguidos pelos 18 centros para avaliação da QdV, no estudo inicial realizado).

De acordo com os referidos critérios, a amostra deve ser constituída por um mínimo de 240 indivíduos adultos, sendo que 50% desses indivíduos devem ter uma idade inferior a 45 anos, 50% devem ser do sexo masculino e 50% devem ser doentes. Acresce que, as crenças espirituais, religiosas e pessoais deverão ser diversificadas, assegurando-se que a amostra não seja inteiramente composta por pessoas *religiosas*. Consequentemente, para o estudo quantitativo de validação do WHOQOL-SRPB, embora tenhamos selecionado a área geográfica constituída pela cidade de Coimbra e pelos concelhos circunvizinhos, o raio de ação estendeu-se até à cidade de Lisboa, numa perspetiva de abarcar, sobretudo, a maior diversidade religiosa possível, uma vez que aí se centram comunidades religiosas como a judaica, a hindu e a muçulmana, entre outras.

A amostra do presente estudo foi composta por 606 participantes, em que 416 (68.6%) eram profissionais da educação (docentes e não docentes, respetivamente com um $n = 297$ e um $n = 119$) e os restantes apresentaram distintas profissões/áreas profissionais ($n = 161$) ou não responderam à questão relativa à profissão ($n = 29$). A idade dos participantes oscilou entre os 18 e os 86 anos, sendo que a idade média dos mesmos foi de 46.88 (Desvio-padrão [DP] = 13.42). De referir que 42.7% ($n = 259$) tinha uma idade \leq a 45 anos e 55.8% ($n = 338$) tinha uma idade superior a 45 anos, havendo nove respostas omissas (1.5%) neste item. Os participantes eram maioritariamente do sexo feminino (72.4%), casados(as), ou vivendo em união de facto (69.1%), encontravam-se empregados(as) (77.7%) e eram detentores(as) de Bacharelato/Licenciatura ou superior (65.2%). A proporção de participantes referindo ser doente foi de 32.2%. No que respeita à perceção geral de saúde, 57.3% dos participantes considerou a sua saúde boa. As características sociodemográficas, bem como a afiliação religiosa, dos participantes neste estudo, encontram-se expressas na Tabela 1.

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra e afiliação religiosa

	<i>n (%)</i>
Sexo	
Masculino	167 (27.6)
Feminino	439 (72.4)
Habilitações literárias	
≤ 3º Ciclo do Ensino Básico	70 (11.6)
Ensino Secundário	132 (21.8)
Bacharelato/Licenciatura	315 (52.0)
Mestrado/Doutoramento	80 (13.2)
<i>Missing values</i>	9 (1.5)
Estado Civil	
Solteiro(a)	119 (19.6)
Casado(a)/união de facto	419 (69.1)
Separado(a)/divorciado(a)	52 (8.6)
Viúvo(a)	13 (2.1)
<i>Missing values</i>	3 (0.5)
Situação profissional	
Empregado(a)	471 (77.7)
Desempregado(a)	51 (8.4)
Reformado(a)	45 (7.4)
<i>Missing values</i>	39 (6.4)
Doença^a	
Sim	195 (32.2)
Não	411 (67.8)
Perceção do estado de saúde	
Muito boa	63 (10.4)
Boa	347 (57.3)
Nem boa nem má	162 (26.7)
Má	23 (3.8)

<i>Missing values</i>	11 (1.8)
Afiliação religiosa	
Nenhuma	65 (10.7)
Católica	422 (69.6)
Protestante ^b	70 (11.6)
Ortodoxa	6 (1.0)
Judaica	1 (0.2)
Muçulmana	3 (0.5)
Hindu	11 (1.8)
Budista	4 (0.7)
Outra (Espírita, Espírita Kardecista, estudo de Doutrina Espírita e Reiki)	10 (1.7)
<i>Missing values</i>	14 (2.3)

^a Nesta variável, foi tido em consideração não só todos os indivíduos que declararam ter uma doença, e a identificaram, mas também todos quantos apresentavam sintomas de depressão, à semelhança do que sucedeu no estudo de validação do WHOQOL-SRPB, no Brasil (Panzini et al., 2011). No nosso estudo, porém, tivemos em conta o ponto de corte enunciado por Vaz Serra (1994): ≥ 20 , que aferimos utilizando o IACLIDE (Inventário de Avaliação Clínica de Depressão) desse mesmo autor (Vaz Serra, 1994). As doenças expressamente indicadas pelos respondentes caracterizam-se por ser, essencialmente, agudas e crónicas. Foram referidos, pelos inquiridos, diferentes tipos de patologia (e.g., doenças como uma constipação ou gripe a doenças do foro neurológico, motor, cardíaco, psiquiátrico e oncológico). A quase totalidade (97.3%) das pessoas que assinalaram ter uma doença, afirmaram estar a ser seguidas em consulta externa.

^b Neste grupo incluíram-se Evangélicos, Adventistas do 7^o Dia e Presbeterianos.

Questionados em que medida consideravam ser pessoas religiosas/crentes/de fé, 46% dos participantes afirmou sê-lo moderadamente, 32.8% referiu sê-lo muito e 5% assinalou ser nada religioso(a). Em relação às crenças espirituais, 32% dos participantes respondeu ter muitas, seguido de 27.7% que referiu não ter muitas nem poucas; 8.3% referiu ter nenhuma. Quanto às crenças pessoais fortes, 36.1% mencionou ter muitas, sendo que 7.9% assinalou ter nenhuma. Informação mais pormenorizada encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2

Perceção de ser religioso(a)/crente/de fé e crenças espirituais e pessoais fortes

	<i>n (%)</i>
<i>Pessoa religiosa/crente/de fé^a</i>	
Nada	30 (5.0)
Pouco	42 (6.9)
Moderadamente	279 (46)
Muito	199 (32.8)
Extremamente	48 (7.9)
<i>Missing Values</i>	8 (1.3)
<i>Crenças espirituais</i>	
Nenhumas	50 (8.3)
Poucas	104 (17.2)
Nem muitas nem poucas	168 (27.7)
Muitas	194 (32.0)
Muitíssimas	57 (9.4)
<i>Missing Values</i>	33 (5.4)
<i>Crenças pessoais fortes^b</i>	
Nenhumas	48 (7.9)
Poucas	75 (12.4)
Nem muitas nem poucas	178 (29.4)
Muitas	219 (36.1)
Muitíssimas	42 (6.9)
<i>Missing Values</i>	44 (7.3)

^a Ainda que, inicialmente, a questão fosse a seguinte: *Até que ponto se considera uma pessoa religiosa?* sucedeu que, na etapa qualitativa, foi entendido e sugerido pelos grupos focais, que a questão seria mais perceptível, para os portugueses, se contemplasse *pessoa religiosa/crente/de fé*. A justificação para esta proposta residiu no facto de, no entender dos grupos focais, os portugueses facilmente associarem uma *pessoa religiosa* a uma congregação/ordem religiosa. Consequentemente, e porque tal entendimento poderia vir a restringir e a condicionar a resposta à questão, traido o seu sentido originário, decidimos contemplar aquela proposta na redação final do questionário.

^b Tais como as crenças numa teoria científica, num modo de vida, numa filosofia particular ou num código moral e ético (cf. preâmbulo do WHOQOL-SRPB, 2002).

Numa escala de 1 a 5 para aferir a importância da religião na sua vida, em que 1 correspondia a nada importante e 5 a muitíssimo importante, os participantes ($n = 584$) apresentaram uma média de 3.68 ($DP = 1.20$), tendo-se registado 3.6% ($n = 22$) de valores omissos neste item.

Procedimento

Partindo de uma amostra com profissionais da educação, submeteu-se à apreciação da Direção-Geral da Educação (DGE), através do sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME) o inquérito contemplado, por aquela entidade, com o nº 0336800001, tendo sido autorizada a sua realização. Por se tratar de questões do foro religioso, foi submetido também um pedido de autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd), tendo o mesmo sido deferido. Foram ainda solicitadas as devidas autorizações às Direções dos vários estabelecimentos de ensino, públicos e privados, onde se realizaram os referidos inquéritos. Numa tentativa de o nosso estudo ser enriquecido com a maior diversidade de religiões possível, foram contactadas várias comunidades religiosas, da zona centro e também de Lisboa, entre as quais as que gentilmente permitiram que os inquéritos fossem aí realizados a quem, dessas comunidades, voluntariamente acesse a respondê-los. Em todos os grupos de estudo, os questionários foram preenchidos de livre, esclarecida e espontânea vontade, assegurando-se a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos.

Instrumentos

WHOQOL-SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*). O WHOQOL-SRPB (WHOQOL-SRPB Group, 2002, 2006) é composto por 32 itens organizados em oito facetas (SP1. *Ligação a um ser ou força espiritual*, SP2. *Sentido da vida*, SP3. *Admiração*, SP4. *Totalidade e integração*, SP5. *Força espiritual*, SP6. *Paz interior/serenidade/harmonia*, SP7. *Esperança e otimismo* e SP8. *Fé*), cada uma avaliada por quatro perguntas. O desenvolvimento da versão em português europeu do WHOQOL-SRPB encontra-se descrito com maior pormenor em outra publicação (Costa Catré et al., 2014). Os itens são respondidos numa escala de resposta de cinco pontos, variando, por exemplo no que respeita à escala de intensidade, entre 1 (Nada) e 5 (Muitíssimo). Neste estudo, os valores de α de Cronbach foram de .97 para o total

dos 32 itens. Quando consideradas as facetas individualmente, os valores α variaram entre .71 (*Admiração*) e .96 (*Ligação a um ser ou força espiritual*).

World Health Organization Quality of Life – versão abreviada (WHOQOL-Bref). O WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1998; versão portuguesa: Vaz Serra et al., 2006) é um instrumento de avaliação da QdV composto por 26 itens, que se encontram organizados em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) e numa faceta geral (composta por dois itens, um correspondente à QdV geral e outro sobre a percepção geral de saúde). Os itens são respondidos numa escala de resposta de cinco pontos, variando, por exemplo, entre Nada e Completamente. Resultados mais elevados reflectem uma percepção de melhor QdV. Os estudos realizados na população portuguesa atestaram as boas características psicométricas do instrumento (Vaz Serra et al., 2006). No presente estudo, os valores do α de Cronbach variaram entre .71 (Relações sociais) e .83 (físico).

Apesar de a OMS recomendar a aplicação do WHOQOL-100 conjuntamente com o WHOQOL-SRPB (WHOQOL-SRPB Group, 2002), dada a extensão daquele instrumento (o WHOQOL-100 é composto por 100 perguntas), bem como ao facto da sua versão abreviada ter revelado características psicométricas adequadas e ser considerada uma alternativa válida (Canavarró et al., 2007), a nossa opção recaiu na utilização do WHOQOL-Bref. Esta opção foi igualmente tomada nos estudos de validação do WHOQOL-SRPB no Brasil (Panzini, Maganha, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2011).

Análise de Dados

Com base na análise qualitativa, e tendo em consideração os critérios definidos para a formulação de perguntas adicionais dos instrumentos WHOQOL (WHOQOL Group, 1994), foram inicialmente formuladas sete perguntas para a faceta SP9. *Relação com os outros*. Já para a faceta SP10. *Estilo de vida* foram elaboradas apenas quatro perguntas por se considerar que estas seriam suficientes para abarcar os múltiplos tópicos referidos pelos grupos focais (e.g., alimentação, prática de celebração/ritual(ais), meditação), os quais passaram a figurar na sua redação, a título exemplificativo, de acordo com os exemplos dados *ipsis verbis* pelos vários grupos focais (cf. pergunta SP10.1, Figura 2). Considerando que, originariamente, cada faceta do WHOQOL-SRPB é avaliada apenas por quatro questões, tornou-se necessário

selecionar, para a faceta *Relação com os outros*, as quatro questões destinadas a integrar essa faceta. Procedendo-se à análise estatística da consistência interna, adotou-se, como critério de seleção das quatro questões finais, uma correlação entre cada um dos itens e o total da faceta superior a .40. Neste sentido, foram selecionados os itens que apresentavam as correlações mais elevadas. O tratamento e análise dos dados foram feitos com recurso ao programa estatístico IBM SPSS, versão 20.0.

Resultados

Consistência Interna

A faceta SP9. *Relação com os outros* apresentou um α de Cronbach de .79, verificando-se uma correlação item-total superior a .42. O valor do α quando excluído cada item oscilou entre .69 e .81. No que respeita à faceta SP10. *Estilo de vida*, as quatro questões formuladas revelaram ter, igualmente, uma boa consistência interna, apresentando um α de Cronbach de .76 e verificando-se uma correlação item total superior a .48 para todos os itens. Quando excluído cada item, o α variou entre .66 e .76. Em termos globais, a leitura do valor do α de Cronbach caso cada item seja retirado revela uma diminuição da consistência interna, o que atesta a importância de cada item para a faceta a que respeita (cf. Tabela 3).

Tabela 3

Correlação item-total e consistência interna das facetas SP9. Relação com os outros e SP10. Estilo de vida

Facetas	Itens	Média	Desvio-Padrão	Correlação item-total	α com exclusão do item	α de Cronbach
SP 9 [Relação com os outros]	SP9.1	3.74	0.87	.66	.70	.79
	SP9.3	3.63	0.76	.62	.72	
	SP9.6	3.91	0.66	.42	.81	
	SP9.7	3.92	0.79	.69	.69	
SP10 [Estilo de vida]	SP10.1	3.57	0.88	.48	.76	.76
	SP10.2	3.79	0.70	.57	.71	
	SP10.3	3.58	0.79	.64	.66	
	SP10.4	3.74	0.74	.59	.70	

Correlações com as oito facetas originais do WHOQOL-SRPB

No sentido de analisar a associação entre as novas facetas propostas para a versão em português europeu do WHOQOL-SRPB, as oito facetas originais do WHOQOL-SRPB e os quatro domínios e faceta geral de QdV do WHOQOL-Bref, foram realizadas correlações de Pearson. No que respeita às correlações entre as duas facetas adicionais e as oito facetas do WHOQOL-SRPB, a SP9. *Relação com outros* apresentou correlações moderadas a fortes (de acordo com as convenções de Cohen, 1992), que oscilaram entre .41 (Paz interior, serenidade e harmonia) e .68 (Força espiritual). No que concerne à SP10. *Estilo de vida*, as correlações variaram entre .47 (Ligação a um Ser ou Força espiritual) e .70 (Totalidade e integração). Todas as correlações foram positivas e estatisticamente significativas para $p < .001$, suportando a validade de conteúdo das duas facetas adicionais.

Correlações com os domínios do WHOQOL-Bref

Relativamente à correlação entre as novas facetas e os quatro domínios e faceta geral de QdV do WHOQOL-Bref, os resultados mostraram a existência de correlações positivas e estatisticamente significativas com todos os indicadores do WHOQOL-Bref (em termos globais, as correlações foram fundamentalmente moderadas; Cohen, 1992). Em relação à SP9. *Relação com os outros*, as correlações variaram entre .10 (físico) e .28 (psicológico). A correlação com a faceta geral de QdV foi de .16 ($p < .001$). Já em relação à SP10. *Estilo de vida*, as correlações variaram entre .23 (físico) e .48 (psicológico). A correlação com a faceta geral de QdV foi de .37 ($p < .001$).

Validade Discriminante

Para a comparação de médias nas duas facetas adicionais entre o grupo de pessoas saudáveis ($n = 411$) e o de pessoas doentes ($n = 195$) foi realizada uma análise univariada da variância (ANOVA). Em relação à faceta *Relação com os outros*, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($p = .120$). Relativamente à faceta *Estilo de vida*, o grupo de participantes saudáveis apresentou uma média superior à do grupo de doentes, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p = .023$) (cf. Tabela 4).

Tabela 4

Comparação dos resultados entre indivíduos saudáveis e doentes nas facetas SP9. Relação com os outros e SP10. Estilo de vida

Faceta	saudáveis		doentes		F(1,586)	p	η_p^2
	Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão			
SP9 [Relação com os outros] ^a	69.36	15.49	71.44	14.31	2.43	.120	.004
SP10 [Estilo de vida] ^b	67.81	14.14	64.86	15.54	5.23	.023	.009

^a Missing values: n = 17

^b Missing values: n = 9

Discussão

No estudo quantitativo, as facetas adicionais revelaram ter boas propriedades psicométricas, ao nível da sua consistência interna, apresentando cada uma um α de Cronbach superior a .70, excedendo, deste modo, o valor mínimo habitualmente definido como aceitável (Pasquali, 2003). As duas novas facetas apresentaram ainda correlações positivas e estatisticamente significativas, quer com as restantes facetas do WHOQOL-SRPB (todas superiores a .41), quer com os domínios e faceta geral de QdV, o que reforça a validade de conteúdo destas facetas adicionais do módulo português europeu do SRPB, bem como validade convergente com a medida de QdV genérica.

As diferenças entre o grupo de saudáveis e o de doentes não foram significativas em relação à faceta *Relação com os outros*, sugerindo que esta é importante para os dois grupos de participantes do nosso estudo, e provavelmente menos afetada pela presença de doença. Este resultado linha é consistente com o reportado no estudo de Panzini et al. (2011), que não encontrou diferenças entre doentes e não doentes no domínio de QdV *Relações sociais*, bem como na generalidade das facetas do WHOQOL-SRPB. Este resultado pode ser entendido no âmbito da composição da nossa amostra, já que esta, maioritariamente, professa uma religião e, apesar dos participantes se considerarem moderadamente *religiosos*, a religião assume muita importância na sua vida. Com efeito, a importância média da religião, numa escala variando entre 1 e 5, foi significativamente mais elevada no grupo de doentes (3.92 vs. 3.56). Tendo em conta o debate ocorrido nos grupos focais,

os *outros* assumem um papel de extrema relevância para as pessoas que professam uma religião, já que a relação com Deus é carecida de práticas que lhes andam associadas, como sejam os rituais, ou práticas de foro caritativo, entre outras; os *outros* permitem pôr em prática a relação com Deus e aprofundá-la; a ligação a Deus/Entidade Superior/Supremo (vista como uma relação vertical) não se dissocia da relação com os outros (relação no plano horizontal) sendo, uma e outra, indissociáveis da religião. É comum às várias religiões encorajarem as pessoas para que cuidem umas das outras, para que sejam generosas (Koenig, 2005; Koenig, King, & Carson, 2012) o que conduz, ao desenvolvimento de atividades altruístas (Bridges & Moore, 2002; Koenig, 2005, 2008; Koenig et al., 2012). Estas estão associadas positivamente ao bem-estar e à satisfação com a vida (com ganhos para a saúde física e mental dos indivíduos) e associam-se positivamente à coesão e estabilidade de comunidades minoritárias e das famílias (Koenig, 2002, 2005). A comunidade religiosa surge como o local onde habitualmente as pessoas se envolvem e partilham ideias e crenças, sendo onde, também, obtêm apoio emocional e aconselhamento espiritual, assim como ajuda a outros níveis, designadamente a económica (Koenig, 2005).

Relativamente à faceta SP10. *Estilo de vida*, observou-se a existência de diferenças entre os participantes saudáveis e doentes, com estes últimos a apresentarem resultados significativamente inferiores. Tendo em conta que esta faceta se enquadra especificamente no âmbito da espiritualidade, da religiosidade e das crenças pessoais da QdV, também aqui a composição da nossa amostra (que maioritariamente professa uma religião e que atribui uma importância muito relevante à religião) pode contribuir para compreender este resultado. Com efeito, este resultado é consistente com os estudos nesta área que mostram que os indivíduos que se envolvem religiosamente são os que apresentam comportamentos saudáveis, promovidos pelo grupo que pertencem, seja ao nível da alimentação, seja da prática de exercício físico seja, até, ao nível de práticas sexuais seguras. São, também, menos propensos ao consumo de drogas, apresentando menos doenças do foro cardiovascular e/ou depressivas, com reflexos para o seu bem-estar e QdV (Koenig et al., 2012; Mueller, Plevak, & Rummans, 2001). Este resultado parece ainda reforçar a ideia de que o conceito de saúde deverá contemplar a dimensão espiritual do ser

humano, assumindo-se de forma mais explícita como um conceito *biopsicosocioespiritual* (O'Connell & Skevington, 2010; Stuckelberger, 2005).

Considerações Finais

Os dois estudos reportados no presente artigo focam-se no desenvolvimento e aplicação de duas novas facetas que, de acordo com as recomendações do grupo WHOQOL, passarão a integrar a versão em português europeu do WHOQOL-SRPB. Essas novas questões enquadram-se na perspetiva de QdV defendida pela OMS, a qual não pode ser perdida de vista porquanto é a mesma que sustenta o WHOQOL-SRPB (Fleck & Skevington, 2007; O'Connell & Skevington, 2010). Em concreto, as questões formuladas para as duas novas facetas da versão em português europeu do WHOQOL-SRPB, permitem aferir a perceção subjetiva que o indivíduo tem da sua *relação com os outros e do seu estilo de vida*, dentro do quadro da vivência da sua espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, uma vez que é este domínio da QdV que aqui está em causa, i.e., a perceção dos indivíduos relativamente à *sua* QdV em geral e, especificamente, à *sua* QdV espiritual.

Os presentes estudos não se encontram isentos de limitações. No estudo qualitativo (estudo 1), o processo de amostragem por conveniência, bem como a dimensão de alguns dos grupos focais, não permite a generalização dos resultados. Não obstante, a inclusão de diversos grupos focais compostos por um grande número de orientações religiosas, assim como a diversidade de unidades de registo dos diferentes grupos sobre as novas facetas dão alguma segurança aos resultados reportados. Relativamente ao estudo quantitativo (estudo 2), assinalam-se como limitações a amostra de conveniência, a maior proporção de participantes do sexo feminino (em parte justificado pelo facto da amostra ser maioritariamente constituída por profissionais da área da Educação, onde o sexo feminino é predominante), bem como o desenho transversal do estudo e a ausência de teste-reteste, que não nos permitiu avaliar a sensibilidade à mudança e a estabilidade temporal das duas facetas adicionais.

Apesar destas limitações, é de assinalar importantes pontos fortes dos dois estudos, onde se inclui uma amostra de tamanho considerável e congregando uma grande diversidade de orientações religiosas. De assinalar que os resultados obtidos no estudo qualitativo (que apresentou um excelente índice de fiabilidade) e no

quantitativo (que revelou também indicadores muito satisfatórios da consistência interna das duas novas facetas) são demonstrativos que, para os portugueses, a *relação com os outros* e o *estilo de vida* são aspetos importantes para a sua QdV espiritual. Além disso, parecem também contribuir para a sua QdV genericamente considerada, bem como para a sua saúde global, efetiva e percebida, dentro do modelo holístico da OMS. De igual modo, há a referir as correlações com o total do WHOQOL-SRPB, que reforçam a validade de conteúdo, a importância destas novas facetas para o domínio da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais da QdV e, fundamentalmente, a multidimensionalidade do constructo da QdV espiritual.

Referências

- Alport, G., & Ross, M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443.
- Bridges, L., & Moore, K. (2002). *Religious involvement and children's well-being: What research tell us (and what it doesn't)*. Retirado de <http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/03/ReligiosityRB.pdf>
- Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2011). Avaliação da qualidade de vida na infecção por VIH/SIDA: Desenvolvimento e aplicação da versão em Português Europeu do WHOQOL-HIV BREF. *Laboratório de Psicologia*, 9, 49-66.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., & Pintassilgo, A. L. (2011). Quality of life assessment in HIV-infection: Validation of the European Portuguese version of WHOQOL-HIV. *AIDS Care*, 23, 187-194.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., ... Carona, C. (2007). WHOQOL-Bref: instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Org.), *Avaliação Psicológica - Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 77-99). Coimbra: Quarteto.

- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Simões, M. R., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., ... Paredes, T. (2009). Development and general psychometric properties of the Portuguese from Portugal version of the World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL-100). *International Journal of Behavioral Medicine, 16*, 116-124.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159.
- Costa Catré, M. N., Ferreira, J. A., Pessoa, T., Pereira, M., Canavarro, M. C., & Catré, A. (2014). O domínio SRPB (Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs) do WHOQOL: O estudo com grupos focais para validação da versão em Português europeu do WHOQOL-SRPB. *Análise Psicológica, 4* (XXXII), 401-417.
- Fisher, J. (2011). The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being. *Religions, 2*, 17-28.
- Fleck, M. P., Borges, Z., Bolognesi, G., & Rocha, N. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública, 37*, 446-455.
- Fleck, M. P. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas. *Ciência & Saúde Colectiva, 5*, 33-38.
- Fleck, M. P., & Skevington, S. (2007). Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*(Supl. 1), 146-149.
- Fonseca, R., Silva, P., & Silva, R. (2013). Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa. *Laboratório de Psicologia, 5*, 81-90.
- Koenig, H. (2002). *Spirituality in patient care*. West Conshohocken PA: Templeton Foundation Press.

- Koenig, H. (2005). *Faith and mental health: Religions resources for healing*. West Conshohocken PA: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H. (2008). *Medicine, religion and health: Where science and spirituality meet*. West Conshohocken PA: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H., King, D., & Carson, V. (2012). *Handbook of religion and health* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Lima, J. A. (2013). Por uma análise de conteúdo mais fiável. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 47(1), 7-29.
- Mueller, P., Plevak, D.J., & Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinical Proceedings*, 76, 1225-1235.
- O'Connell, K., & Skevington, S. (2010). Spiritual, religious, and personal beliefs are important and distinctive to assessing quality of life in health: A comparison of theoretical models. *British Journal of Health Psychology*, 15, 729-748.
- Panzini, R. G., Maganha, C., Rocha, N. S. D., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. (2011). Brazilian validation of the quality of life instrument/spirituality, religion and personal beliefs. *Revista de Saúde Pública*, 45, 153-165.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria – Teoria dos testes na psicologia e educação*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M.C. (2011). estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9, 109-123.
- Rijo, D., Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Especificidades da avaliação da qualidade de vida na

população portuguesa: O processo de construção da faceta portuguesa do WHOQOL-100. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 25-30.

Ross, L. (1995). The spiritual dimension: Its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 32, 457-468.

Skevington, S., Sartorius, N., Amir, M., & WHOQOL-Group (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. The history of the WHOQOL instruments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 1-8.

Stuckelberger, A. (2005). The round table spirituality, religion and health at the United Nations-Genève. Retirado de http://www.wunrn.com/news/2006/05_08_06/051206_spirituality_religion.pdf

Teixeira, A. (2012). *Identidades religiosas em Portugal: Representações, valores e práticas*. Universidade Católica Portuguesa. Retirado de http://www.agencia.ecclesia.pt/dlds/bo/Inquirito2011_Resumo.pdf

Torskenæs, K. B., & Kalfoss, M. H. (2013). Translation and focus group testing of the WHOQOL Spirituality, Religiousness, and Personal Beliefs Module in Norway. *Journal of Holistic Nursing*, 31, 25-34.

Vaz Serra, A. (1994). *IACLIDE - Inventário de Avaliação Clínica da depressão*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S. Quartilho, M.J. ...Paredes, T. (2006). estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.

Vilar, M., Simões, M. R., Lima, M. P., Cruz, C., Sousa, L. B., Sousa, A. R., & Pires, L.

(2014). Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: A metodologia de grupos focais na avaliação da qualidade de vida em adultos idosos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 37, 71-95.

Vilar, M., Sousa, L. B., & Simões, M. R. (2016). The European Portuguese WHOQOL-OLD module and the new facet Family/Family life: Reliability and validity studies. *Quality of Life Research*, 25, 2367-2372.

WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of mental Health*, 23(3), 24-56.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1409.

WHOQOL SRPB Group. (2002). *WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) Field-Test Instrument*. Retirado de http://www.who.int/mental_health/media/en/622.pdf

WHOQOL SRPB Group (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62, 1486-1497.

Etapa três - Escalas de resposta

Relativamente ao desenvolvimento das escalas de resposta, como o WHOQOL-SRPB foi desenvolvido a partir do WHOQOL-100, utilizámos as mesmas escalas de resposta da versão em Português Europeu do WHOQOL-100 (cf. Canavarro et al., 2009), em virtude de se encontrarem já amplamente testadas nesse e noutros estudos de validação de módulos específicos dos instrumentos de medida WHOQOL (e.g., Canavarro, Pereira, Simões, & Pintassilgo, 2010).

Etapa quatro - Estudo quantitativo

Nesta última etapa do protocolo da OMS para a validação dos instrumentos de medida WHOQOL, aferimos das propriedades psicométricas da Versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB, designadamente ao nível da sensibilidade das suas facetas, da validade do constructo, da sua fidelidade, validade convergente e discriminante.

ESTUDO QUANTITATIVO

Estudo submetido para publicação na *Revista Análise Psicológica* – Costa Catré, M.N., Ferreira, J.A., Pessoa, T., Catré, A., Catré, M.C., & Pereira, M. (no prelo-b). Validação para Português Europeu do instrumento de Qualidade de vida WHOQOL-SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*): Desenvolvimento e características psicométricas.

Validação para Português Europeu do instrumento de Qualidade de vida WHOQOL-SRPB (*Spirituality, religiousness and personal beliefs*): Desenvolvimento e características psicométricas

Maria Nazarete Costa Catré* / Joaquim Armando Ferreira**/ Teresa Pessoa**/ Acácio Catré***/ Maria Costa Catré****/ Marco Pereira**

*Agrupamento de Escolas de Eugénio de Castro e FPCE, Universidade de Coimbra; **FPCE, Universidade de Coimbra; ***Agrupamento de Escolas de Vila Nova de Poiares; ****Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra

Resumo

O objetivo do presente estudo consistiu em descrever o desenvolvimento da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB (um instrumento de medida que avalia o domínio da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais da qualidade de vida [QdV]), bem como apresentar as suas características psicométricas. Para este efeito, deu-se cumprimento ao protocolo do grupo WHOQOL da Organização Mundial de Saúde (OMS) no que respeita às seguintes fases: (1) a tradução do instrumento; (2) estudo qualitativo; (3) desenvolvimento das escalas de resposta; e (4) estudo de campo quantitativo. A versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB foi aplicada a uma amostra de 606 indivíduos com uma idade média de 46.88 anos. Para além do WHOQOL-SRPB, o protocolo de validação incluiu o instrumento de avaliação da QdV WHOQOL-BREF, o domínio VI (espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais) do WHOQOL-100, o questionário de *coping* religioso *Brief RCOPE* e o Inventário de Avaliação Clínica de depressão (IACLIDE). A análise factorial confirmatória do WHOQOL-SRPB indicou um ajustamento adequado, corroborando a estrutura original composta por oito facetas. O WHOQOL-SRPB apresentou características psicométricas bastante aceitáveis de consistência interna (o α de Cronbach variou entre .71 e .97) e validade de conteúdo. Este instrumento mostrou ainda validade convergente com o WHOQOL-BREF e com o domínio VI do WHOQOL-100, assim como validade discriminante. As características psicométricas do WHOQOL-SRPB validam a sua utilização no nosso país. Por outro lado, o WHOQOL-SRPB revelou-se um instrumento promissor para estudos na área da espiritualidade e religiosidade associadas à QdV, não só por ser dotado de transculturalidade, mas também por ter aplicabilidade para além do contexto da saúde.

Palavras-chave: qualidade de vida; espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais; WHOQOL-SRPB

Validation to European Portuguese of WHOQOL-SRPB (*Spirituality, religiousness and personal beliefs*): Development and psychometric properties

Abstract

The objective of this study was to describe the development of the European Portuguese version of the WHOQOL-SRPB questionnaire (an instrument designed to assess the aspects relating to the spirituality, religiousness and personal beliefs of quality of life [QoL]), as well as to present its psychometric properties. The protocol of WHOQOL Group was followed in relation to: (1) questionnaire translation; (2) qualitative study; (3) development of the response scales; and (4) quantitative field study. The European Portuguese version of the WHOQOL-SRPB was completed by 606 participants, with a mean age of 46.88. In addition to the WHOQOL-SRPB, participants also completed the Portuguese versions of the QoL instrument WHOQOL-BREF, the Domain VI (Spirituality, religiousness and personal beliefs) of the WHOQOL-100, the questionnaire of religious *coping* Brief RCOPE and the Inventory of Clinical Assessment of Depression (IACLIDE). Confirmatory factor analysis of the WHOQOL-SRPB indicated acceptable fit, supporting the original eight-facet structure. The WHOQOL-SRPB showed acceptable internal consistency (alpha range from .71 to .97 across facets) and content validity. This instrument also presented convergent validity with the WHOQOL-BREF and Domain VI of the WHOQOL-100, as well as discriminant validity. The psychometric properties of WHOQOL-SRPB validate its use in our country. On the other hand, the WHOQOL-SRPB proved to be a promising questionnaire for studies in the field of spirituality and religiosity associated with QoL, not only because of the cross-cultural nature, but also because of its applicability beyond the health context.

Keywords: quality of life; spirituality, religiousness and personal beliefs; WHOQOL-SRPB

Introdução

A avaliação da qualidade de vida (QdV) associada à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, adiante designada também de “qualidade de vida espiritual” (O’Connell & Skevington, 2010), revelou-se essencial para os grupos focais, participantes no estudo inicial de desenvolvimento, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), do instrumento genérico de avaliação da QdV, o WHOQOL-100. Em consequência, foi criado o grupo WHOQOL-SRPB (no original *World Health Organization Quality of Life - Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) e, neste âmbito, iniciou-se o desenvolvimento de um instrumento destinado a avaliar especificamente o domínio SRPB da QdV, de uma forma mais abrangente, tendo em conta os diversos tópicos gerados nos grupos focais dos vários centros para avaliação da QdV e os que foram propostos por um grupo de especialistas. Esse instrumento de medida recebeu a designação de WHOQOL-SRPB (Fleck, 2000; Fleck, Borges, Bolognesi, & Rocha, 2003; Fleck & Skevington, 2007; WHOQOL-SRPB Group, 2006). No desenvolvimento deste instrumento, o grupo WHOQOL-SRPB recorreu a várias fontes (e.g., Ross, 1995; WHOQOL-Group, 1996; *World Health Organization* [WHO], 1998), para a definição dos constructos que nele se encontram subjacentes: qualidade de vida, religiosidade e espiritualidade.

Relativamente ao conceito de QdV, a definição é a preconizada pelo grupo WHOQOL, como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos e expectativas, padrões e preocupações” (Canavarro et al., 2007, p. 77). Trata-se de uma definição que parte, não só do ponto de vista do sujeito (da avaliação subjetiva que este faz relativamente à *sua* QdV), mas também da influência de fatores que poderão interferir nessa mesma QdV como sejam: a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, a relação com o meio envolvente e a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (Canavarro et al., 2007; Saxena & Orley, 1997). Quanto à espiritualidade, o grupo WHOQOL-SRPB, de entre os muitos conceitos que proliferam no meio científico adotou o constructo de dimensão espiritual preconizado por Ross, em 1995 (para mais pormenores sobre as distintas conceptualizações de espiritualidade, veja-se a propósito, Costa Catré, Ferreira, pessoa, Catré, & Catré (no prelo). Ross define o constructo de dimensão espiritual a

partir de três componentes: (1) a necessidade de encontrar sentido, razão e preenchimento na vida; (2) a esperança/vontade para viver; (3) a fé em si mesmo, nos outros ou em Deus (citado por Fleck et al., 2003). Esta definição tem como particularidade em relação às demais, o seu enquadramento num modelo holístico do ser humano, ao assumir-se que este tem, a par das suas amplamente reconhecidas dimensões biológica, psicológica e social, uma dimensão espiritual. O constructo insere-se no que vem sendo preconizado pela OMS, ao reconhecer a influência dessa dimensão no campo da saúde. De acordo com Stuckelberger (2005) já em 1983 o Dr. Halfdan Mahler sugerira, inclusive, definir saúde “como o completo bem-estar físico, psíquico, social e *espiritual* e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (p.8). Embora a questão da dimensão espiritual tenha sido suscitada em 1983 (e apesar de o propósito de a incluir no conceito de saúde ter ficado *adormecido*, e nunca mais ter sido “trazido de volta à agenda” (Stuckelberger, 2005, p. 8), em maio de 1984, a 37ª Assembleia Mundial de Saúde viria a proferir a Resolução WHA 37. 13. - WHA37/1984/REC/I, 6 fez História integrando a dimensão espiritual nas estratégias de saúde dos vários Estados Membros da OMS (*World Health Organization*, 1998).). Enquadrando-se o projeto WHOQOL dentro da visão de saúde da OMS, segundo Fleck et al. (2003), a definição de Ross, ao privilegiar aqueles três componentes, foi a que foi considerada de “extrema utilidade” no contexto da QdV. Estando em causa no WHOQOL-SRPB, a qualidade de vida espiritual, i.e. a percepção dos indivíduos sobre a *sua* qualidade de vida espiritual, foi na procura de um constructo que se coadunasse com esse estudo que foi perfilhada, pelo Grupo WHOQOL-SRPB, a definição de Ross (1995). Esta engloba aspetos como o sentido da vida, a fé, a esperança, que fazendo parte da dimensão espiritual do ser humano, permitiram desenvolver o WHOQOL-SRPB, em cujas facetas e itens estão plasmados justamente esses componentes (cf. Costa Catré et al., 2014).

No que respeita à religiosidade, dos aspetos que a caracterizam mais comumente, destacam-se todas as atividades classificadas como religiosas que são praticadas, individualmente e em privado, ou a nível organizacional (Fleck et al., 2003; Koenig, 2008a, 2008b; Koenig, King., & Carson, 2012), podendo distinguir-se entre a religiosidade intrínseca e extrínseca quando a religião é procurada, respetivamente, como um fim em si mesmo ou para outros fins (Alport & Ross, 1967; Koenig, 2008a,

2008b; Koenig, King., & Carson, 2012). Estando em causa, no WHOQOL-SRPB, o ponto de vista do sujeito, como se disse, a sua percepção sobre a sua qualidade de vida espiritual, entre outros aspetos relacionados com a religiosidade que aparecem consagrados naquele instrumento de medida, surgem, por exemplo, os que estão patentes em questões como estas, na ficha de caracterização dos sujeitos: *Em que medida se considera uma pessoa religiosa? Em que medida se considera como fazendo parte de uma comunidade? Ou, então, no questionário per si, como por exemplo estas duas questões: Em que medida é que uma ligação a um Ser espiritual o(a) ajuda a ultrapassar tempos difíceis? Em que medida é que a fé lhe dá força no dia-a-dia?*

Por fim, as crenças pessoais dizem respeito a quaisquer crenças ou valores que fundamentam o comportamento e as decisões das pessoas (Fleck et al., 2003; Prioste, Narciso, & Gonçalves, 2012) e podem incidir “numa teoria científica, num modo de vida, numa filosofia particular ou num código moral e ético” (WHOQOL-SRPB, 2002, p. 20). Estas aparecem expressas na ficha de caracterização dos indivíduos, no WHOQOL-SRPB como esta pergunta: *Em que medida tem crenças pessoais fortes (tais como as crenças numa teoria científica, num modo de vida, numa filosofia particular ou num código moral e ético)? Ou no próprio questionário, por exemplo quando se pergunta Até que ponto é que as suas crenças o(a) ajudam a dar coerência ao que faz, pensa e sente?*

Vários estudos (e.g., Costa Catré et al., 2014; Fisher, 2011; O’Connel & Skevington, 2010; Piedmont, 2007; Sawatzky, Pamela, & Chiu, 2005) têm revelado que a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais são aspetos que assumem um especial relevo na vida das pessoas, estando associados ao bem-estar e à QdV dos indivíduos, apresentando-se, além do mais, como um domínio que é distinto dos demais que operacionalizam o constructo de QdV (tal como foi preconizado pela OMS), nomeadamente os domínios físico, psicológico, independência, relações sociais e ambiente (O’Connel & Skevington, 2010). Neste sentido, a partir dos conceitos que foram considerados, por consenso, como *genuinamente transculturais* (Fleck & Skevington, 2007), o WHOQOL-SRPB veio permitir o estudo da QdV espiritual dos indivíduos (O’Connel & Skevington, 2010).

Desenvolvimento da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB

Os instrumentos WHOQOL, apesar de serem dotados de transculturalidade, permitem, no entanto, incluir itens e/ou facetas que sejam considerados relevantes para os grupos focais, em cada país. Na validação de cada versão nacional, deve respeitar-se o protocolo definido pela OMS e as *guidelines* do grupo WHOQOL. De acordo com aquele protocolo, são quatro as etapas a que devem obedecer as validações nacionais: (1) tradução; (2) estudo qualitativo; (3) desenvolvimento das escalas de resposta; e (4) estudo de campo quantitativo. As *guidelines* do grupo WHOQOL podem subdividir-se em genéricas (WHOQOL Group, 1994, 1995, 1998) e específicas, consoante o instrumento a validar (e.g., Canavarro & Pereira, 2011; Fleck, Chachamovich, & Trentini, 2006). Tratando-se o SRPB de um módulo específico, a validação das suas versões nacionais obedece não só ao protocolo geral, como a orientações específicas, estas últimas, previstas, quer para o estudo qualitativo, quer para o estudo quantitativo (Fleck et al., 2003; Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007; WHOQOL SRPB Group, 2006). Por isso, no desenvolvimento da versão em português europeu do WHOQOL-SRPB, foi dado cumprimento, não só às etapas do protocolo, mas também às *guidelines* específicas.

No que se refere à tradução do WHOQOL-SRPB, seguiram-se os procedimentos do protocolo genérico, e que se encontram descritos com maior pormenor noutras publicações (Canavarro et al., 2007; Saxena & Orley, 1997; WHOQOL Group, 1998). Tendo presente o que é referido pelo WHOQOL Group (1994) para a formulação das perguntas, procedeu-se à tradução do WHOQOL-SRPB. Esta foi feita por uma pessoa da área das Ciências Humanas e Sociais, conhecedora do e familiarizada, não só com aquele instrumento genericamente considerado, como com os conceitos nele incorporados e, em seguida, foi solicitado a um grupo bilingue que procedesse à revisão da tradução. Houve, depois, lugar à revisão por um grupo monolingue de profissionais da educação (representativo da população na qual o instrumento foi aplicado). Após a análise das sugestões, incorporaram-se as que se julgaram pertinentes, e que foram sendo trazidas ao longo deste processo, submetendo-se a redação final a um grupo independente (de três pessoas na área de Linguística). Esta retroversão foi, depois, revista pelo grupo bilingue anterior.

No que respeita ao estudo qualitativo, quer as *guidelines* definidas pelo grupo WHOQOL-SRPB, quer o seu desenvolvimento, encontram-se explicitados com maior detalhe em Costa Catré et al. (2014). De forma abreviada, esta etapa, que envolveu a realização de diversos grupos focais, permitiu não só aferir da compreensibilidade, traduzibilidade e transculturalidade do WHOQOL-SRPB, mas também contribuiu para gerar duas facetas adicionais à versão em português europeu do WHOQOL-SRPB: a SP9. *Relação com os outros* e a SP10. *Estilo de vida*.

Relativamente ao desenvolvimento das escalas de resposta, partiu-se da versão em português europeu do WHOQOL-100 e das escalas de resposta aí propostas (cf. Canavarro et al., 2009, 2010), fundamentalmente porque as mesmas se encontravam já amplamente testadas nesses e noutros estudos de validação de módulos específicos dos instrumentos WHOQOL (e.g., Canavarro, Pereira, Simões, & Pintassilgo, 2010).

Quanto ao estudo quantitativo, as recomendações específicas para o desenvolvimento do mesmo situam-se ao nível da amostragem e dos instrumentos de medida a utilizar. Assim, os critérios vão no sentido de que a amostra seja constituída por um mínimo de 240 indivíduos adultos, sendo que 50% desses indivíduos deve ter uma idade inferior a 45 anos, 50% devem ser do sexo masculino e 50% devem ser doentes. Acresce que as crenças espirituais, religiosas e pessoais deverão ser diversificadas, assegurando-se que a amostra não seja inteiramente composta por pessoas *religiosas*. Além do mais, deve ser representativa da religião, das crenças espirituais e pessoais do país onde se situa cada centro de avaliação da QdV (WHOQOL-SRPB, 2006). Relativamente aos instrumentos de medida, o WHOQOL-SRPB não pode ser aplicado isoladamente, devendo ser (conforme determina o respetivo manual) aplicado conjuntamente com o instrumento genérico WHOQOL-100 (WHOQOL-SRPB, 2002). Estando já validada em Portugal a versão abreviada do WHOQOL-100 (o WHOQOL-BREF), a nossa opção foi no sentido de utilizarmos esta versão, em detrimento da versão longa, de forma semelhante ao que sucedeu aquando da validação da versão brasileira do WHOQOL-SRPB (cf. Panzini, Maganha, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2011). Tal justificou-se porque: (1) o WHOQOL-100 juntamente com o domínio SRPB perfazia um total de 132 questões, pelo que o questionário tornar-se-ia demasiado extenso, dissuadindo o seu preenchimento; (2) o

WHOQOL-BREF mantém a coerência, em termos da formulação das perguntas e das escalas de resposta; e (3) o WHOQOL-BREF revelou ter “características psicométricas adequadas (...) tornando-se uma alternativa válida ao WHOQOL-100” (Canavarro et al., 2007, p. 96).

Face ao exposto, o objetivo do presente estudo consistiu em apresentar os resultados que conduziram ao desenvolvimento da versão em português europeu do WHOQOL-SRPB, bem como as suas características psicométricas.

Método

Participantes

Partindo de um estudo específico com profissionais da educação (docentes e não docentes), da zona centro do país, o presente estudo foi alargado utilizando uma amostra não restrita a esses profissionais. Tal justificou-se dado os critérios orientadores do WHOQOL-SRPB Group (2006) para a validação nacional do WHOQOL-SRPB (os quais tinham sido já seguidos pelos 18 centros para avaliação da qualidade de vida, no estudo inicial realizado).

Para ter uma ideia da posição religiosa em Portugal, recorreremos ao mais recente estudo que, à data, fora publicado: o estudo do Centro de estudos e Sondagens de Opinião & Centro de estudos de Religiões e Culturas da Universidade Católica Portuguesa, de 2011, intitulado “Identidades religiosas em Portugal: representações, valores e práticas” (Teixeira, 2012). Consequentemente, para poder desenvolver o estudo quantitativo para validação do WHOQOL-SRPB, embora tenhamos selecionado a área geográfica constituída pela cidade de Coimbra e pelos concelhos circunvizinhos, o raio de ação estendeu-se até à cidade de Lisboa, numa perspectiva de abarcar uma maior diversidade religiosa, uma vez que aí se centram comunidades religiosas como a hindu, a muçulmana, judaica, entre outras.

A amostra do presente estudo foi assim composta por 606 participantes, em que 416 (68.6%) eram profissionais da educação e os restantes apresentaram distintas profissões/áreas profissionais ($n = 161$) ou não responderam à questão relativa à profissão ($n = 29$). A idade dos participantes oscilou entre os 18 e os 86 anos, sendo que a idade média dos mesmos foi de 46.88 ($DP = 13.42$). De referir que 42.7% ($n = 259$) tinha uma idade \leq a 45 anos e 55.8% ($n = 338$) tinha uma idade superior a

45 anos, havendo nove respostas omissas (1.5%) neste item. Os participantes eram maioritariamente do sexo feminino (72.4%), casados(as), ou vivendo em união de facto (69.1%), encontravam-se empregados(as) (77.7%) e eram detentores(as) de Bacharelato/Licenciatura ou superior (65.2%). A proporção de participantes referindo ser doente foi de 32.2%. No que respeita à perceção geral de saúde, 57.3% dos participantes considerou a sua saúde boa. As características sociodemográficas, dos participantes, neste estudo, encontram-se expressas na Tabela 1.

Tabela 1
Características sociodemográficas da amostra

	<i>n (%)</i>
Sexo	
Masculino	167 (27.6)
Feminino	439 (72.4)
Habilitações literárias	
≤ 3º Ciclo do Ensino Básico	70 (11.6)
Ensino Secundário	132 (21.8)
Bacharelato/Licenciatura	315 (52.0)
Mestrado/Doutoramento	80 (13.2)
<i>Missing values</i>	9 (1.5)
Estado Civil	
Solteiro(a)	119 (19.6)
Casado(a)/união de facto	419 (69.1)
Separado(a)/divorciado(a)	52 (8.6)
Viúvo(a)	13 (2.1)
<i>Missing values</i>	3 (0.5)
Situação profissional	
Empregado(a)	471 (77.7)
Desempregado(a)	51 (8.4)
Reformado(a)	45 (7.4)
<i>Missing values</i>	39 (6.4)
Doença^a	
Sim	195 (32.2)
Não	411 (67.8)
Perceção do estado de saúde	
Muito boa	63 (10.4)
Boa	347 (57.3)
Nem boa nem má	162 (26.7)

Má	23 (3.8)
<i>Missing values</i>	11 (1.8)

^a Na variável doença tivemos em consideração não só todos os indivíduos que declararam ter uma doença, e a identificaram, mas também todos os que apresentavam sintomas de depressão, à semelhança do que sucedeu no estudo de validação do WHOQOL-SRPB do Brasil (Panzini et al., 2011). No nosso estudo, porém, tivemos em conta o ponto de corte enunciado por Vaz Serra (1994): ≥ 20 , que aferimos utilizando o IACLIDE. As doenças expressamente indicadas pelos respondentes do nosso estudo caracterizam-se por ser, essencialmente, agudas e crónicas. Foram referidos, pelos inquiridos, diferentes tipos de patologia (e.g. doenças como uma constipação ou gripe a doenças do foro neurológico, motor, cardíaco, psiquiátrico e oncológico); 97.3% das pessoas que assinalaram ter uma doença, afirmaram ser seguidas em consulta externa.

Afiliação religiosa, crenças pessoais e espirituais

No que concerne à afiliação religiosa, a maioria era Católica, 69.6% ($n = 422$), seguida da Protestante, 11.6% ($n = 70$). Questionados em que medida consideravam ser pessoas religiosas/crentes/de fé, 46% dos participantes afirmou sê-lo moderadamente, 32.8% referiu sê-lo muito e 5% assinalou ser nada religioso(a). Em relação às crenças espirituais, 32% dos participantes respondeu ter muitas, sendo que 8.3% referiu ter nenhuma. Quanto às crenças pessoais fortes, 36.1% mencionou ter muitas e 7.9% assinalou ter nenhuma (cf. Tabela 2).

Tabela 2
Afiliação religiosa, crenças espirituais e pessoais

	<i>n (%)</i>
<i>Afiliação religiosa</i>	
Nenhuma	65 (10.7)
Católica	422 (69.6)
Protestante ^a	70 (11.6)
Ortodoxa	6 (1.0)
Judaica	1 (0.2)
Muçulmana	3 (0.5)
Hindu	11 (1.8)
Budista	4 (0.7)
Outra (Espírita, Espírita Kardecista, estudo de Doutrina Espírita e Reiki)	10 (1.7)
<i>Missing values</i>	14 (2.3)
<i>Pessoa religiosa/crente/de fé</i>	
Nada	30 (5.0)
Pouco	42 (6.9)

Moderadamente	279 (46.0)
Muito	199 (32.8)
Extremamente	48 (7.9)
<i>Missing Values</i>	8 (1.3)
<i>Crenças espirituais</i>	
Nenhumas	50 (8.3)
Poucas	104 (17.2)
Nem muitas nem poucas	168 (27.7)
Muitas	194 (32.0)
Muitíssimas	57 (9.4)
<i>Missing values Values</i>	33 (5.4)
<i>Crenças pessoais fortes^b</i>	
Nenhumas	48 (7.9)
Poucas	75 (12.4)
Nem muitas nem poucas	178 (29.4)
Muitas	219 (36.1)
Muitíssimas	42 (6.9)
<i>Missing values</i>	44 (7.3)

^a Neste grupo incluíram-se Evangélicos, Adventistas do 7º Dia e Presbiterianos;

^b Tais como as crenças numa teoria científica, num modo de vida, numa filosofia particular ou num código moral e ético (cf. preâmbulo do WHOQOL-SRPB, 2002).

No que respeita à importância da religião na sua vida, e tendo em conta uma escala de resposta de 1 a 5, em que 1 correspondia a nada importante e 5 a muitíssimo importante, os participantes ($n = 584$) apresentaram uma média de 3.67 ($DP = 1.20$). Relativamente à frequência com que recorriam a serviços religiosos, 153 participantes (25.2%) afirmou fazê-lo uma vez por semana. No que concerne à questão de saber em que medida se consideram como fazendo parte de uma comunidade, congregação, associação ou movimento religioso(a), 204 participantes (33.7%) indicaram que o fazem moderadamente, seguido de 130 participantes (21.5%) que referem fazê-lo muito (cf. Tabela 3).

Tabela 3

Frequência do recurso a serviços religiosos e sentido de pertença a uma comunidade/congregação/associação/movimento religioso(a)

	<i>n (%)</i>
<i>Recurso a serviços religiosos</i>	
Todos os dias	17 (2.8)
Mais do que uma vez por semana	90 (14.9)
Uma vez por semana	153 (25.2)
Uma ou duas vezes por mês	58 (9.6)
Algumas vezes por ano	134 (22.1)
Raramente	94 (15.1)
Nunca	53 (8.7)
<i>Missing values values</i>	7 (1.2)
<i>Fazer parte de uma comunidade^a</i>	
Nada	101 (16.7)
Pouco	111 (18.3)
Moderadamente	204 (33.7)
Muito	130 (21.5)
Extremamente	53 (8.7)
<i>Missing values</i>	7 (1.2)

^a Por sugestão dos grupos focais, no estudo qualitativo, e para abarcar as distintas realidades, a versão final do WHOQOL-SRPB neste *item* ficou com a seguinte redação: comunidade/congregação/associação/movimento religioso(a).

Instrumentos

WHOQOL-SRPB

O WHOQOL-SRPB é composto por oito facetas, cada uma avaliada por quatro perguntas, perfazendo um total de 32 itens. A versão final em português europeu das facetas e das perguntas do WHOQOL-SRPB encontra-se noutra publicação (Costa Catré et al., 2014). Os itens são respondidos numa escala de resposta de cinco pontos, variando, por exemplo, no que respeita à escala de intensidade, entre 1 (Nada) e 5 (Muitíssimo). Resultados mais elevados refletem uma perceção de melhor QdV

espiritual. Os dados psicométricos do WHOQOL-SRPB apresentam-se no âmbito do presente estudo.

WHOQOL-BREF

O WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998; versão portuguesa: Vaz Serra et al., 2006) é um instrumento de avaliação da QdV genérica composto por 26 itens, que se encontram organizados em quatro domínios: físico (7 itens), psicológico (6 itens), relações sociais (3 itens) e ambiente (8 itens). Este instrumento inclui ainda uma faceta geral (avaliada por dois itens, um correspondente à QdV geral e outro à percepção geral de saúde). Os itens são respondidos numa escala de resposta de cinco pontos, variando, por exemplo, entre Nada e Completamente. Resultados mais elevados refletem uma percepção de melhor QdV. Os estudos realizados na população portuguesa atestaram as boas características psicométricas do instrumento (Vaz Serra et al., 2006). No presente estudo, os valores do α de Cronbach variaram entre .71 (Relações sociais) e .83 (físico).

Domínio VI. SRPB do WHOQOL-100

Ao optarmos pela utilização do WHOQOL-BREF e não do WHOQOL-100, no presente estudo foi nosso entendimento aplicar também, à semelhança do estudo de validação brasileiro do WHOQOL-SRPB (Panzini et al., 2011), as quatro perguntas do domínio VI do WHOQOL-100, relativas à espiritualidade, religião e crenças pessoais. Os itens são respondidos numa escala de resposta de cinco pontos, variando entre 1 (Nada) e 5 (Muitíssimo). Na presente amostra, o valor do α de Cronbach foi de .89.

Brief RCOPE

O Brief RCOPE (Pargament, Feuille, & Burdzy, 2011) é um questionário composto por 14 itens que avaliam o *coping* religioso: sete itens são relativos ao *coping* religioso *Positivo*, o qual abarca “uma relação firme, segura, com uma força transcendente, um sentido de ligação espiritual com os outros e um ponto de vista benevolente relativamente ao mundo” (Pargament et al., 2011, p. 51), e outros sete itens são respeitantes ao *coping* religioso *Negativo* o qual “reflete uma tensão espiritual subjacente e uma luta, não só interior, como com os outros e com o divino” (Pargament et al., 2011, p. 51). Todos os itens são respondidos numa escala de resposta de quatro pontos, variando entre 1 (De modo nenhum) a 4 (Muitíssimo). Trata-se de uma versão breve do RCOPE desenvolvido por Pargament, em 1997.

Na presente amostra, as pontuações médias entre os 14 itens variaram entre um mínimo de 1.23 (DP = 0.55) 12. *Questionei-me se a minha igreja me tinha abandonado* (com a mesma média de 1.23 (DP = 0.61) para o item 13. *Mentalizei-me que foi o diabo que fez com que isso acontecesse*) e o máximo de 2.76 (DP = 1.00) para 2. *Solicitei o amor e a proteção de Deus*.

As intercorrelações entre as duas dimensões apresentaram coeficientes positivos e estatisticamente significativos ($p < .01$), embora com valor considerado baixo ($r = .26$). A Análise Fatorial em componentes principais, seguida de rotação varimax, normalização Kaiser, fez emergir uma estrutura explicativa de 63.9% da variância, com saturações no fator um, que oscilaram entre .65 e .89 e no fator 2 entre .40 e .87.

A distribuição dos itens pelos fatores obedece à distinção *coping* positivo versus *coping* negativo do *Brief RCOPE*.

O coeficiente de consistência interna do *Brief RCOPE* foi de .89 para o conjunto dos 14 itens, sendo de .86 para o *coping negativo* e de .93 para o *coping positivo*.

Inventário de Avaliação Clínica de depressão (IACLIDE)

O Inventário de Avaliação Clínica de depressão (IACLIDE; Vaz Serra, 1994) é um instrumento de autoavaliação da sintomatologia depressiva constituído por 23 itens. Cada item é respondido numa escala ordinal de cinco posições: à primeira corresponde o valor 0 (esta opção indica a inexistência de qualquer perturbação) e à última corresponde o valor 4 (esta opção é indiciadora da gravidade máxima da sintomatologia depressiva). O IACLIDE afere quatro tipos de *sintomas*: (1) os *biológicos* (seis itens), que exprimem a relação que o indivíduo cria com o seu corpo; (2) os *cognitivos* (10 itens) traduzem os sintomas da relação que o sujeito estabelece consigo próprio, como pessoa; (3) os *inter-pessoais* (três itens) situam-se no campo da relação com os outros; e (4) os sintomas de *desempenho de tarefa* (quatro itens), que se prendem-se com questões relativas à relação que o indivíduo erige com o trabalho. No estudo comparativo entre 340 indivíduos “saudáveis” (que nunca tiveram qualquer problema de natureza psicopatológica) e 340 “deprimidos” (amostra inicial), foi estabelecido como ponto de corte uma nota global de ≥ 20 , encontrando-se abaixo desse valor os indivíduos não deprimidos (Vaz Serra, 1994). Neste estudo, as pontuações médias dos 23 itens variaram entre .26 (DP=0.62) e .98 (DP=0.96) para os

sintomas depressivos cognitivos 9. *Auto-depreciação* e 10. *Perda de esperança no futuro*, respetivamente.

Na presente amostra, o IACLIDE demonstrou ter índices bastante aceitáveis de consistência interna: o α de Cronbach para o total das 23 questões foi de .93; em relação aos quatro conjuntos de sintomas, o α de Cronbach variou entre .69 (Sintomas interpessoais) e .86 (Sintomas cognitivos).

Na análise fatorial em componentes principais, os 23 itens do IACLIDE agruparam-se em quatro fatores com valores próprios superiores a 1, explicando 56.8% da variância, no entanto com todos os itens a saturarem no fator um com valor superior a .44; este fator explica 41.3% da variância total. Após a rotação varimax, normalização Kaiser, comparativamente ao estudo de Vaz Serra (1994), o fator um comportou os mesmos itens nos dois estudos, o fator quatro do nosso estudo coincide integralmente com o fator cinco daquele estudo e os itens constantes nos fatores dois e três do nosso estudo aparecem distribuídos nos fatores dois, três e quatro do estudo inicial.

Todos os sintomas que compõem o IACLIDE evidenciaram correlações significativas ($p < .01$), com os restantes sintomas, variando entre .63 (Sintomas de desempenho de tarefa e interpessoais) e .75 (Sintomas de desempenho de tarefa e os cognitivos)

Procedimento

Após termos obtido as devidas autorizações para a utilização, na nossa investigação, dos referidos instrumentos de medida, e estando apenas um deles em Língua Portuguesa (Inventário de Avaliação Clínica de Depressão - IACLIDE), houve necessidade de proceder à tradução dos restantes instrumentos.

No que respeita ao *Brief* RCOPE (Pargament, Feuille, & Burdzy, 2011), procedemos à sua tradução e retroversão, contando com a colaboração de um dos seus autores, Dr. Kenneth Pargament, sendo a versão portuguesa europeia deste instrumento da autoria de Costa Catré, Ferreira & Pessoa (2011).

Relativamente ao WHOQOL-SRPB, após o cumprimento das primeiras etapas para validação da versão em português europeu deste instrumento de medida, de acordo com as recomendações da OMS, conforme referido anteriormente e descrito com maior detalhe noutra publicação (Costa Catré et al., 2014), teve início a recolha de

dados para o estudo de campo quantitativo, a qual decorreu entre janeiro e dezembro de 2013.

Partindo de uma amostra com profissionais da educação (docentes e não docentes), submeteu-se à apreciação da Direção-Geral da Educação (DGE), através do sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME) o inquérito contemplado, por aquela entidade, com o nº 0336800001, tendo sido autorizada a sua realização. Por se tratar de questões do foro religioso, submetemos também um pedido prévio de autorização à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) para a realização do estudo, tendo o mesmo sido deferido por aquela Comissão. Foram solicitadas, ainda, as devidas autorizações às Direções dos vários estabelecimentos de ensino, públicos e privados, onde se realizaram os referidos inquéritos. Numa tentativa de o nosso estudo ser enriquecido com a maior diversidade de religiões possível, foram contactadas várias comunidades religiosas, da zona centro e também de Lisboa, entre as quais as que, gentilmente, permitiram que os inquéritos fossem aí realizados a quem, dessas comunidades, voluntariamente acedesse a respondê-los. Em todos os grupos de estudo, os questionários foram preenchidos de livre, esclarecida e espontânea vontade, assegurando-se a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos.

Análises estatísticas

No tratamento e análise dos dados utilizámos o programa IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0). Para a caracterização da amostra, análise de valores omissos (*missing values*) e distribuição das respostas às facetas do WHOQOL-SRPB, incluindo a percentagem de participantes que atingiram o resultado mínimo (efeito chão – *floor effects*) e máximo (efeito teto – *ceiling effects*) recorremos à estatística descritiva (frequências relativas, médias e desvios-padrão, índices de assimetria e curtose).

Os estudos do WHOQOL-SRPB englobaram, igualmente, a análise de fiabilidade, avaliada através da análise de consistência interna, que foi aferida através do cálculo do α de Cronbach. A contribuição de cada item para a consistência interna do instrumento foi determinada através dos coeficientes α de Cronbach excluindo os itens, em relação à totalidade do instrumento. Para avaliar em que medida cada item é capaz de representar adequadamente o constructo que o instrumento pretende

medir, isto é, para determinar o seu poder discriminativo ou validade interna, procedemos à análise dos coeficientes de correlação entre cada item e o total corrigido (excluindo o item). Nesta análise seguimos os critérios apontados por Kline (2000), que sugere que são bons itens aqueles que se correlacionam acima de .30 com o total corrigido (total excluindo o item). Com o objetivo de testar a estrutura original do WHOQOL-SRPB recorreremos a uma análise factorial confirmatória (AFC). Nesta análise, recorreremos à análise de diversos índices de ajustamento, seguindo os critérios propostos por Byrne (2010): χ^2 (o nível de significação associado deverá ser superior a .05), *Comparative Fit Index* (CFI; cujo valor deverá ser igual ou superior a .90) e *Root Mean Square Error of Aproximation* (RMSEA; este valor deverá encontrar-se no intervalo entre .05 e .08). A validade discriminante e de grupos conhecidos foram averiguadas através da análise multivariada da variância (MANOVA). A validade de constructo e convergente foi, igualmente, explorada através das análises correlacionais (correlações de Pearson). Níveis de significação inferiores a .05 foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados

Análise dos valores omissos e dos efeitos chão e teto

Em primeiro lugar, procedemos à análise dos valores omissos nos 32 itens do WHOQOL-SRPB. Os resultados mostraram que estes eram aleatórios, não havendo uma percentagem significativa de não respostas, que variaram entre 1.7% (para a *SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia*) e 3.1% (para a *SP4. Totalidade e Integração*). No sentido de se aferir a distribuição das respostas pelas diferentes categorias, procedeu-se a uma análise dos *efeitos chão* (percentagem de indivíduos com o resultado mínimo) e *teto* (percentagem de sujeitos com resultado máximo). Para verificar a inexistência daqueles efeitos, a percentagem de respostas nos extremos deverá ser inferior a 20%. A análise da distribuição dos resultados nas várias facetas revelou a inexistência de efeitos chão e teto. Os efeitos chão variaram entre 0.2% (nas facetas *SP3, SP4, SP6 e SP7*) e 6.8% (*SP1. Ligação a um Ser ou Força espiritual*). Os efeitos teto variaram entre 1.8% (*SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia*) e 11.8% (*SP2. Sentido na vida*).

Sensibilidade

A sensibilidade das facetas do WHOQOL-SRPB foi avaliada, recorrendo aos coeficientes de assimetria e curtose (Tabela 4). Para verificar os pressupostos de normalidade, começámos por analisar a distribuição das oito facetas. Os resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) foram todos significativos ($p < .001$), revelando violação dos pressupostos de normalidade. Os valores de assimetria e curtose mostraram a existência de uma assimetria negativa e uma tendência platicúrtica. Considerando que 87.1% dos respondentes referiram perfilhar uma religião, caracterizando-se como pessoas moderadamente religiosas (46%) e assumindo que têm muitas crenças espirituais (32%) e muitas crenças pessoais fortes (36.1%), é compreensível que a média das respostas por faceta se situe claramente acima do valor médio ($M = 50$).

Tabela 4
Características distribucionais e consistência interna das facetas do WHOQOL-SRPB

Facetas	Min-Max	Média	Desvio-Padrão	Assimetria	Curtose	α de Cronbach
SP1. <i>Ligação a um Ser ou Força espiritual</i>	0-100	63.57	26.67	-0.84	0.17	.96
SP2. <i>Sentido na Vida</i>	0-100	75.45	16.78	-0.94	1.94	.86
SP3. <i>Admiração</i>	6.25-100	72.77	14.31	-0.46	0.94	.71
SP4. <i>Totalidade e Integração</i>	0-100	68.22	15.94	-0.49	0.81	.81
SP5. <i>Força espiritual</i>	0-100	67.16	20.64	-1.02	1.56	.92
SP6. <i>Paz interior/Serenidade/Harmonia</i>	6.25-100	65.60	15.68	-0.43	0.33	.89
SP7. <i>Esperança e Otimismo</i>	12.50-100	68.02	15.63	-0.48	0.51	.83
SP8. <i>Fé</i>	0-100	66.18	24.81	-0.98	0.68	.97

Validade de constructo

Com o objectivo de testar a estrutura preconizada no desenvolvimento do WHOQOL-SRPB foi realizada uma análise fatorial confirmatória (AFC). Os valores obtidos revelaram que a estrutura original do WHOQOL-SRPB se ajustava de forma adequada ao modelo [$\chi^2 = 1914.40$, $df = 436$, $p < .001$; CFI = 0.919; RMSEA = 0.075 (90% CI 0.071–0.078)].

Para averiguar a validade de conteúdo, analisaram-se ainda as correlações entre as oito facetas do WHOQOL-SRPB. Da observação da Tabela 5, constata-se que todas as correlações são estatisticamente significativas ($p < .001$), variando entre .34 (entre a SP1. *Ligação a um Ser ou Força espiritual* e a SP6. *Paz interior/ Serenidade/Harmonia*) e .83 (entre a SP8. *Fé* e a SP1. *Ligação a um Ser ou Força espiritual*).

Tabela 5

Matriz de correlações de Pearson entre os instrumentos de medida e as variáveis em estudo

	SP1	SP2	SP3	SP4	SP5	SP6	SP7	SP8
Facetas do WHOQOL-SRPB								
SP1. <i>Ligação a um Ser ou Força espiritual</i>	-							
SP2. <i>Sentido na Vida</i>	.58***	-						
SP3. <i>Admiração</i>	.50***	.58***	-					
SP4. <i>Totalidade e Integração</i>	.62***	.62***	.73***	-				
SP5. <i>Força espiritual</i>	.80***	.66***	.64***	.73***	-			
SP6. <i>Paz interior/Serenidade/Harmonia</i>	.34***	.51***	.61***	.61***	.50***	-		
SP7. <i>Esperança e Otimismo</i>	.40***	.59***	.65***	.63***	.53***	.70***	-	
SP8. <i>Fé</i>	.83***	.57***	.51***	.62***	.81***	.36***	.44***	-
Domínios do WHOQOL-BREF								
Físico	.01	.22***	.28***	.24***	.09*	.38***	.36***	.02
Psicológico	.17***	.49***	.47***	.48***	.34***	.60***	.62***	.23***
Relações sociais	.08	.39***	.35***	.31***	.23***	.49***	.44***	.16***
Ambiente	.13**	.33***	.35***	.34***	.19***	.37***	.42***	.12**
Faceta geral de QdV	.07	.22***	.34***	.32***	.13**	.35***	.35***	.06
Domínio VI – WHOQOL-100								
<i>Coping religioso positivo</i>	.69***	.45***	.38***	.45***	.60***	.24***	.31***	.75***
<i>Coping religioso negativo</i>	.07	-.11*	-.16***	-.14**	-.02	-.19***	-.19***	.04
IACLIDE (Total)	-.00	-.25***	-.26***	-.27***	-.13**	-.44***	-.43***	-.07

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Fidelidade

Os coeficientes de fidelidade foram calculados, quer para o conjunto dos 32 itens, quer separadamente para as oito facetas que compõem o WHOQOL-SRPB. A versão em português europeu revelou bons índices de consistência interna, apresentando um α de Cronbach de .97 para o conjunto das 32 perguntas. Nas facetas individualmente consideradas, os valores de consistência interna oscilaram entre .71 (*SP3. Admiração*) e .97 (*SP8. Fé*) (cf. Tabela 4). As correlações dos itens com o total da escala corrigido (excluindo o item) variaram entre .46 e .84, indicando que cada item representa adequadamente o constructo que o instrumento pretende medir. De um modo geral, a exclusão da maior parte dos itens originou uma variação residual do valor do α de Cronbach entre .96 e .97, o que confirma a importância de cada item para o desempenho do instrumento.

Validade convergente

Com o objetivo de avaliar a validade convergente, procedemos à correlação das oito facetas do WHOQOL-SRPB com os domínios do WHOQOL-BREF e com o domínio VI do WHOQOL-100 (cf. Tabela 5). No que respeita às correlações das facetas do WHOQOL-SRPB com os domínios do WHOQOL-BREF, em termos gerais, as facetas correlacionaram-se positiva e significativamente com os domínios e faceta geral de QdV. Essa situação não se verificou, no entanto, na associação entre a *SP1. Ligação a um Ser ou Força espiritual* e os domínios físico, Relações sociais e faceta geral de QdV (cf. Tabela 5). Relativamente ao domínio VI do WHOQOL-100, as correlações com todas as oito facetas do WHOQOL-SRPB foram positivas e estatisticamente significativas ($p < .001$), com valores que variaram entre .45 (*SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia*) e .69 (*SP8. Fé*).

Adicionalmente, procedemos à análise das correlações entre as facetas do WHOQOL-SRPB e o total do instrumento de avaliação clínica da depressão (IACLIDE) e, ainda, das duas subescalas do *Brief RCOPE* (*coping religioso positivo e coping religioso negativo*).

No que respeita às correlações existentes entre as oito facetas do WHOQOL-SRPB e o total do IACLIDE, podemos constatar que, na sua globalidade, as correlações são negativas e estatisticamente significativas ($p < .001$), variando entre -.13 (*SP5. Força espiritual*) e -.44 (*SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia*). As correlações entre

as facetas *SP1. Ligação a um Ser ou Força espiritual* e *SP8. Fé* e o resultado total do IACLIDE não se revelaram estatisticamente significativas (cf. Tabela 5).

Quanto ao *coping* religioso, observaram-se para o *coping* religioso positivo correlações positivas e significativas ($p < .001$) com todas as facetas do WHOQOL-SRPB. As correlações variaram entre .24 (*SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia*) e .75 (*SP8. Fé*). Já no que diz respeito ao *coping* religioso negativo, as correlações foram, em termos globais, negativas e estatisticamente significativas, com exceção das correlações com as Facetas *SP1. Ligação a um Ser ou Força espiritual*, *SP5. Força espiritual* e *SP8. Fé*. (cf. Tabela 5).

Validade discriminante

Para aferir a validade discriminante do WHOQOL-SRPB foi efetuada a comparação entre doentes e não doentes. Os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .90; $F(8, 555) = 8.18$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .11$]. Os testes univariados subsequentes mostraram que os doentes apresentaram valores significativamente mais elevados nas facetas *Ligação a um Ser ou Força espiritual* e *Fé*. Pelo contrário, os indivíduos saudáveis apresentaram valores significativamente mais elevados nas facetas *Paz interior/Serenidade/Harmonia* e *Esperança e Otimismo* (cf. Tabela 6).

Adicionalmente, feita a comparação a partir da questão *Até que ponto se considera uma pessoa religiosa/crente/de fé?*. Os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .41; $F(8, 549) = 38.38$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .36$]. Os testes subsequentes indicaram que todas as comparações entre os grupos, relativamente às oito facetas que compõem o WHOQOL-SRPB se revelaram estatisticamente significativas ($p < .001$), com exceção das comparações nas facetas *Paz interior/Serenidade/Harmonia* e *Esperança e Otimismo*, especificamente entre os participantes que se autocaracterizaram nada/pouco religiosos e moderadamente religiosos (cf. Tabela 6).

Tabela 6

Comparação das facetas do WHOQOL-SRPB em função da presença de doença e da autocaracterização como pessoa religiosa/crente/de fé

	Não doentes (n = 382)		Doentes (n = 182)		F		Nada/Pouco religiosa (n = 68)		Moderadamente religiosa (n = 262)		Muito/ Extremamente religiosa (n = 228)		F ^a
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)			
SP1. Ligação a um Ser ou Força espiritual	61.16 (27.73)	68.48 (24.01)	9.34**	25.46 (26.74)	59.47 (20.56)	79.44 (18.89)	186.32***						
SP2. Sentido na Vida	75.62 (16.91)	74.62 (17.05)	0.43	61.40 (20.77)	72.69 (14.53)	82.37 (14.78)	54.71***						
SP3. Admiração	73.27 (13.90)	71.98 (15.35)	0.99	64.80 (16.86)	69.82 (13.45)	78.56 (12.42)	39.04***						
SP4. Totalidade e Integração	68.64 (15.83)	67.14 (16.74)	1.07	57.17 (20.75)	63.88 (14.13)	76.21 (12.70)	65.55***						
SP5. Força espiritual	66.03 (21.74)	68.99 (18.81)	2.48	40.07 (25.92)	63.62 (16.20)	78.67 (14.25)	144.92***						
SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia	67.51 (14.53)	61.44 (17.21)	19.05***	62.59 (19.33)	61.83 (14.45)	70.70 (14.47)	22.40***						
SP7. Esperança e Otimismo	70.11 (14.49)	63.53 (17.43)	22.20***	62.41 (18.62)	63.74 (14.88)	74.45 (13.56)	37.00***						
SP8. Fé	64.19 (26.60)	70.19 (20.99)	7.15**	23.71 (24.99)	62.40 (17.83)	82.92 (12.44)	330.18***						

^a Todas as comparações *post hoc* foram estatisticamente significativas, com exceção das comparações entre os participantes que se caracterizaram como Nada/Pouco religiosos e Moderadamente religiosos, nas Facetas SP6. Paz interior/Serenidade/harmonia e SP7. Esperança e Otimismo.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Discussão

No presente estudo apresentam-se as propriedades psicométricas da versão em Português europeu do WHOQOL-SRPB. Este questionário faz parte de um conjunto de instrumentos da família WHOQOL, desenvolvidos por iniciativa da OMS, que avaliam a QdV numa perspetiva centrada no sujeito e na influência de fatores que poderão interferir nessa mesma QdV, entre os quais se situam as dimensões espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, que estão presentes no WHOQOL-SRPB (Fleck, 2000; Fleck et al., 2003; Fleck & Skevington, 2007; WHOQOL-SRPB Group, 2006). As características psicométricas do WHOQOL-SRPB foram avaliadas por estudos de precisão e de validade. Genericamente considerado, a versão em Português europeu do WHOQOL-SRPB revelou ter bons valores de consistência interna, validade de constructo, validade convergente e validade discriminante.

Ao nível da consistência interna, o WHOQOL-SRPB apresentou valores bastante aceitáveis, quer relativamente ao conjunto dos 32 itens (apresentando um α de Cronbach de .97), quer para as suas facetas, individualmente consideradas, cujo α oscilou entre .71 e .97, satisfazendo os critérios propostos por Nunnally (1978), segundo os quais é aceitável um valor de α superior a .70. Estes valores estão na linha dos reportados no estudo internacional do WHOQOL-SRPB (WHOQOL-SRPB Group, 2006), bem como os estudos de validação das versões do Brasil (Panzini et al., 2011) e da Índia (Grover, Shah, & Kulhara, 2013). De referir que, à semelhança do estudo de Panzini et al. (2011), também na nossa amostra a consistência interna do WHOQOL-SRPB total se revelou superior ao do domínio da espiritualidade do WHOQOL-100, o que, segundo os mesmos autores, se justifica não só pelo facto do WHOQOL-SRPB ter mais itens (noWHOQOL-100 este domínio é avaliado apenas por quatro questões), mas também por ter sido este domínio que, ao não conseguir abarcar a complexidade dos constructos envolvidos na avaliação da QdV espiritual: a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais, deu origem ao desenvolvimento do WHOQOL-SRPB.

No âmbito da validade de constructo, o recurso à AFC permitiu-nos, na presente amostra, confirmar a estrutura do WHOQOL-SRPB original, com valores de ajustamento bastante satisfatórios segundo os critérios de Byrne (2010) e suportando, deste modo, a aplicabilidade deste modelo na população Portuguesa. Pela observação

da matriz de correlações entre as oito facetas do WHOQOL-SRPB, verificou-se que todas as facetas se correlacionam de forma positiva e estatisticamente significativa. Estas correlações, cuja magnitude é muito similar à encontrada na versão em Português do Brasil (Panzini et al., 2011), atestam a validade de conteúdo do instrumento.

No que se prende com a validade convergente, as oito facetas do WHOQOL-SRPB, globalmente consideradas, correlacionam-se de forma positiva e estatisticamente significativa com os quatro domínios do WHOQOL-BREF, bem como com a faceta geral da QdV, na linha do reportado em outros estudos de validação do instrumento (WHOQOL-SRPB Group, 2006; Panzini et al., 2011). Estes resultados são consistentes do ponto de vista teórico, uma vez que o conceito em causa se encontra associado à QdV, i.e., está ligado à “perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos e expectativas, padrões e preocupações” (Canavarro et al., 2007, p. 77), conceito que sustenta o WHOQOL-SRPB (Fleck & Skevington, 2007; O’Connell & Skevington, 2010). Em concreto, as questões do WHOQOL-SRPB, permitem aferir a perceção subjetiva que os indivíduos têm da sua QdV, dentro do quadro da vivência da sua espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, especificamente no que respeita à sua QdV espiritual e, genericamente em relação à sua QdV geral, na linha do que sucede com outros instrumentos de avaliação da QdV da família WHOQOL, que se encontram também disponíveis em Portugal (Canavarro et al., 2007, 2009; Canavarro & Pereira, 2012; Canavarro, Pereira, Simões, & Pintassilgo, 2011; Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011). Reforçando esta perspetiva, as correlações moderadas a fortes que foram encontradas entre as oito facetas e o domínio da espiritualidade do WHOQOL-100 atestam também a validade convergente do WHOQOL-SRPB.

Ainda no âmbito dos estudos de validade, foram avaliadas as correlações entre as oito facetas do WHOQOL-SRPB e a sintomatologia depressiva, tal como avaliada pelo IACLIDE. Os resultados mostraram a existência de correlações, na sua globalidade, negativas e significativas. Este padrão de associações (basicamente correlações baixas a moderadas) está na linha dos estudos que apontam que a sintomatologia depressiva se associa negativamente não só ao domínio específico da espiritualidade (e.g.,

Canavarro et al., 2009), mas também à espiritualidade e a religiosidade em geral (e.g., Koenig, 2005; Koenig, King, & Carson, 2012). As correlações não significativas registaram-se com as facetas *Ligação a um Ser ou Força espiritual* e *Fé*. Ainda que no estudo do WHOQOL-SRPB no Brasil (Panzini et al., 2011) não se tenham analisado o padrão de correlações, os nossos resultados estão em linha com os reportados por aqueles autores, que não encontraram diferenças entre participantes deprimidos e não deprimidos na faceta *Ligação a um Ser ou Força espiritual*. Na mesma linha (e com magnitudes semelhantes) do estudo da versão brasileira do WHOQOL-SRPB, as correlações com o *coping* religioso positivo, que se revelaram positiva e significativas e as correlações com o *coping* religioso negativo. Também em relação ao *coping* religioso, o nosso estudo é consistente com os que têm vindo a ser realizados nesse âmbito, quando associados à qualidade e/ou espiritualidade (Pargament et al., 2011).

No que respeita à capacidade discriminativa, todas as facetas do WHOQOL-SRPB discriminam bem os grupos de pessoas nada/pouco religiosas; moderadamente religiosas e muito/extremamente religiosas, com este último grupo a apresentar, tal como esperado (e congruente com a variável em análise), valores médios mais elevados em todas as facetas. Estes resultados são consentâneos com os referidos por O'Connell & Skevington (2010) e por Panzini et al. (2011), excetuando-se, neste último, a *SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia* onde não se verificam diferenças significativas.

Relativamente à comparação entre doentes e não doentes, as facetas que indicaram sensibilidade discriminativa foram as facetas *SP7. Esperança e Otimismo*, *SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia* (com os participantes saudáveis a pontuar de forma mais elevada), seguidas das facetas *SP1. Ligação a um Ser ou Força espiritual* e *SP8. Fé*, em que se observou uma pontuação mais elevada nos doentes. Estes resultados não são consistentes com os de Panzini et al. (2011), que, em termos gerais, não encontraram diferenças entre os dois grupos, a não ser na *Faceta SP2. Sentido da vida* e *SP4. Totalidade e integração*, com os saudáveis a apresentarem médias superiores às dos doentes (na presente amostra os resultados seguem também esta tendência, mas não atingiram o limiar de significação estatística). Comparativamente ao estudo de campo inicial (WHOQOL-SRPB Group, 2006), globalmente, existe alguma concordância nos resultados, principalmente ao nível de três das facetas que

revelaram aí ter sensibilidade discriminativa (excetuam-se a faceta *Ligação a um Ser ou Força espiritual* que não revelou poder discriminativo, e duas facetas que revelaram esse poder discriminativo apenas no estudo inicial: as facetas *SP2. Sentido da vida* e *SP4. Totalidade e integração*, com os saudáveis a apresentarem médias mais elevadas). Refira-se que, no nosso estudo e no internacional, as facetas com sensibilidade discriminativa revelaram ter similitudes ao nível da sua graduação, com as facetas *SP7. Esperança e Otimismo*, *SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia* a apresentarem valores mais elevados no que respeita a essa sensibilidade. Nos dois estudos foram as pessoas saudáveis que apresentaram médias mais elevadas, excetuando-se a faceta *SP8. Fé* em que foram as pessoas doentes as que revelaram valores mais elevados. Acresce que o mesmo se verificou em relação à faceta *SP1. Ligação a um Ser ou Força espiritual*. Uma possível explicação para estes resultados pode ser a de que as pessoas que vêem em Deus uma força, que as apoia e que as guia, tendem a enfrentar mais facilmente as dificuldades do dia-a-dia, revelando um impacto significativo no funcionamento psicológico, designadamente ao nível da capacidade de *coping* e da promoção de bem-estar (Bjorck & Maslim, 201; Fiala, Bjorck, & Gorsuch, 2002). A fé e a Ligação a um Ser ou Força espiritual poderão assumir-se, assim, para as pessoas doentes, como um suporte social religioso (Bjorck & Maslim, 201; Fiala et al., 2002), entre outros aspetos, surgindo como a resposta às questões de sentido (o suporte religioso providencia por um sentido que permite lidar melhor com as situações de crise); tendo como pressuposto que se tem o apoio de alguém, neste caso de uma entidade divina, o que permite processar o evento em termos cognitivos; e o facto de a oração, ou de rituais que facultam a ligação a essa entidade divina, funcionarem como uma das formas de suporte social (Ladd & McIntosh, 2008), neste caso na situação de doença.

Este estudo não se encontra isento de limitações, que importa enumerar. Em primeiro lugar, a ausência de uma avaliação da fidedignidade teste-reteste que permitisse aferir a estabilidade temporal do instrumento. Dado o desenho transversal do estudo, não foi também possível avaliar a sensibilidade à mudança do instrumento. Em estudos futuros será relevante aferir estas características. Adicionalmente, assinala-se a amostragem por conveniência, assim como uma maior proporção de participantes do sexo feminino (em parte justificado pelo facto da amostra ser maioritariamente constituída por profissionais da área da Educação, onde o sexo

feminino é predominante). No entanto, há a salientar que este estudo teve por base uma amostra de tamanho considerável, a qual congrega não só pessoas que não professam qualquer religião mas, também, uma grande diversidade de orientações religiosas. Embora não permita a generalização dos seus resultados, dada a pouca representatividade de algumas religiões e das pessoas que as não professam, este estudo valida a utilização deste instrumento para futuras investigações que se venham a realizar em Portugal sobre a QdV espiritual, na medida em que corrobora, entre outros aspetos, a estrutura original do WHOQOL-SRPB, composta pelas oito facetas, num ajustamento do modelo considerado adequado.

Em conclusão, este estudo revela, na linha de outros estudos (e.g., O'Connell & Skevington, 2010; Panzini et al., 2007; Panzini et al., 2011; WHOQOL- SRPB Group, 2006), que o WHOQOL-SRPB é um instrumento fidedigno e válido (atestado pelas qualidades psicométricas evidenciadas), mostrando que as dimensões da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais dão um contributo relevante para a QdV dos indivíduos. Revela, também, a transculturalidade do WHOQOL-SRPB (Grover et al., 2013; Hsu, Krägeloh, Shepherd, & Billington, 2009; O'Connell & Skevington, 2010; Panzini et al., 2011; Torskenæs & Kalfoss, 2013; WHOQOL- SRPB Group, 2006), atestando, por outro lado, dentro do que foi defendido por O'Connell e Skevington (2010), que o WHOQOL-SRPB é um instrumento adequado para ser aplicado para além do contexto da saúde.

Agradecimentos

Dirigimos um particular agradecimento ao WHOQOL-SRPB Group, na pessoa do Dr. Mark Van Ommeren (OMS), ao Professor Doutor Adriano Vaz Serra e ao Dr. Kenneth Pargament pela autorização dada para que pudéssemos utilizar os instrumentos de medida, objeto deste estudo e, ainda, por todos os elementos/materiais que gentilmente, e de forma graciosa, nos facultaram bem como por toda a colaboração que nos foi prestada. Agradecemos, ainda, às várias instituições, Estabelecimentos de Ensino e Comunidades religiosas que, generosamente, permitiram a realização da nossa investigação no seu seio, contribuindo para o estudo da espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em Portugal, e, de forma particular, para a validação da versão em português europeu do WHOQOL-SRPB. *The last but not the least*, um especial agradecimento a todas as pessoas que tornaram este estudo possível, participando no mesmo.

Referências

- Alport, G., & Ross, M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology, 5*, 432-443.
- Byrne, B. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Bjorck, J., & Maslim, A. (2011). The Multi-Faith Religious Support Scale: Validation with a sample of Muslim women. *Journal of Muslim mental Health, 6*(1), 62-80.
Retirado de <http://dx.doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0006.105>
- Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2011). Avaliação da qualidade de vida na infecção por VIH/SIDA: Desenvolvimento e aplicação da versão em Português Europeu do WHOQOL-HIV BREF. *Laboratório de Psicologia, 9*, 49-66.
- Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2012). Factor structure and psychometric properties of the European Portuguese version of a questionnaire to assess quality of life in HIV-infected adults: The WHOQOL-HIV-BREF. *AIDS Care, 24*, 799-807.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., & Pintassilgo, A. L. (2010). WHOQOL-HIV disponível para Portugal: Desenvolvimento e aplicação do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde na infecção VIH/SIDA. In M.C. Canavarro & Vaz Serra, A. (Orgs.), *Qualidade de vida e Saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 205-228). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., & Pintassilgo, A. L. (2011). Quality of life assessment in HIV infection: Validation of the European Portuguese version of WHOQOL-HIV. *AIDS Care, 23*, 187-194.

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., ... Carona, C. (2007). WHOQOL-BREF: instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Org.), *Avaliação Psicológica-Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 77-99). Coimbra: Quarteto.

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Simões, M. R., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., ... Paredes, T. (2009). Development and general psychometric properties of the Portuguese from Portugal version of the World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL-100). *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 116-124.

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J., Rijo, D. ... Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF). In M. C. Canavarro & Vaz Serra, A. (Orgs.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Costa Catré, M. N., Ferreira, J. A., Pessoa, T., Pereira, M., Canavarro, M. C., & Catré, A. (2014). O domínio SRPB (Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs) do WHOQOL: O estudo com grupos focais para validação da versão em Português europeu do WHOQOL-SRPB. *Análise Psicológica*, 32, 401-417.

Costa Catré, M.N., Ferreira, J. A., Pessoa, T., Catré, A. & Catré, M.C. (no prelo). Espiritualidade: Contributos para uma clarificação do conceito. *Análise Psicológica*.

- Fiala, W., Bjorck, J., & Gorsuch, R. (2002). The Religious Support Scale: Construction, validation and cross-validation. *American Journal of Community Psychology*, 30(6), 761-786.
- Fisher, J. (2011). The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being. *Religions*, 2, 17-28.
- Fleck, M. P. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5, 33-38.
- Fleck, M. P., Borges, Z., Bolognesi, G., & Rocha, N. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 446-455.
- Fleck, M. P., Chachamovich, E., & Frentini, C. (2006). Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saúde Pública*, 40, 785-791.
- Fleck, M. P., & Skevington, S. (2007). Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Supl. 1), 146-149.
- Grover, S. Shah, R., & Kulhara, P. (2013). Validation of Hindi translation of SRPB facets of WHOQOL-SRPB scale. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35, 358–363.
- Hsu, P. H., Krägeloh, C. U., Shepherd, D., & Billington (2009). Religion/spirituality and quality of life of international tertiary students in New Zealand: An exploratory study. *mental Health, Religion & Culture*, 12, 385-399.
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Koenig, H. (2005). *Faith and mental health: Religions resources for healing*. West Conshohocken PA: Templeton Foundation Press.

- Koenig, H. (2008a). Concerns about measuring “spirituality” in research. *Journal of Nervous and mental Disease*, *196*, 349-355.
- Koenig, H. (2008b). *Medicine, religion and health: Where science and spirituality meet*. West Conshohocken PA: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H., King, D., & Carson, V. (2012). *Handbook of religion and health* (2^a ed.). New York: Oxford University Press.
- Ladd, K., & McIntosh, D. (2008). Meaning, God and Prayer: Physical and metaphysical aspects of social support. *mental Health, Religion and Culture*, *11*, 23-38.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- O’Connell, K., & Skevington, S. (2010). Spiritual, religious, and personal beliefs are important and distinctive to assessing quality of life in health: A comparison of theoretical models. *British Journal of Health Psychology*, *15*, 729-748.
- Panzini, R. G., Maganha, C., Rocha, N. S. D., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. (2011). Brazilian validation of the quality of life instrument related to spirituality, religion and personal beliefs. *Revista de Saúde Pública*, *45*, 153-165.
- Panzini, R., Rocha, N., Bandeira, D., & Fleck, M. P. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *34*, 105-115.
- Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The *Brief RCOPE*: Current psychometric status of a short measure of religious coping. *Religions*, *2*, 51-76.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, *9*, 109-123.

- Piedmont, R. (2007). Spirituality as a robust empirical predictor of psychological outcomes: A cross-cultural analysis. In R. J. Estes (Ed.), *Advancing quality of life in a turbulent world* (pp. 117-138). Netherlands: Springer
- Prioste, A., Narciso, I., & Gonçalves, M. (2012). Questionário de Valores Pessoais Readaptado: Processo de desenvolvimento e contributos iniciais para a validação. *Revista Ibero-Americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 34, 175-199.
- Ross, L. (1995). The spiritual dimension: Its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 32, 457-468.
- Sawatzky, R., Pamela.,A., & Chiu, L. (2005). A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research*, 72, 153-188.
- Saxena, S., & Orley, J. (1997). Quality of life assessment: The World Health Organization perspective. *European Psychiatry*, 12(Suppl. 3), 263-266.
- Teixeira, A. (2012). *Identidades religiosas em Portugal: Representações, valores e práticas*. Universidade Católica Portuguesa. Retirado de http://www.agencia.ecclesia.pt/dlds/bo/Inquirito2011_Resumo.pdf
- Torskenæs, K. B., & Kalfoss, M. H. (2013). Translation and focus group testing of the WHOQOL Spirituality, Religiousness, and Personal Beliefs Module in Norway. *Journal of Holistic Nursing*, 31, 25-34.
- Vaz Serra, A. (1994). *IACLIDE-Inventário de Avaliação Clínica da depressão*.Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S. Quartilho, M.J. ...Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da

qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.

World Health Organization (1998). *Handbook of the Resolutions and Decisions of the World Health Assembly and the Executive Board*. Vol II, 1973-1984. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/wha_eb_handbooks/9241652063_Vol2.pdf

World Health Organization (1998). *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)*. Report on WHO Consultation. Geneva: WHO.

WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of mental Health*, 23(3), 24-56.

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1409.

WHOQOL Group (1998). Development of World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

WHOQOL SRPB Group. (2002). *WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) Field-Test Instrument*. Retirado de http://www.who.int/mental_health/media/en/622.pdf

WHOQOL SRPB Group (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62, 1486-1497.

2. Estudo dos restantes instrumentos de medida

Estudo 1. WHOQOL-BREF

O WHOQOL-BREF é um instrumento de medida que foi desenvolvido pela OMS (WHOQOL Group, 1998; Versão Portuguesa Europeia: Vaz Serra et al., 2006) e destina-se a avaliar a qualidade de vida de indivíduos adultos, podendo ser utilizado quer em doentes, quer em pessoas da população em geral que não sofram de qualquer doença. Trata-se de uma versão abreviada do WHOQOL-100, instrumento originário de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL Group, 1994, 1995), que surgiu da necessidade de haver um instrumento que demorasse menos tempo a preencher mas que conservasse as mesmas características do primeiro. Mantendo as 24 Facetas do WHOQOL-100, cada uma delas é avaliada, no WHOQOL-BREF, apenas por uma pergunta (Canavarro et al., 2007; Vaz Serra et al., 2006b).

O WHOQOL-BREF é um questionário de autopreenchimento ou de entrevista, que apenas requer, para a sua aplicação, que os indivíduos tenham capacidade para entender as perguntas que o compõem, não sendo exigido que tenham um nível mínimo de instrução (Canavarro et al., 2007). É composto por 26 perguntas e encontra-se organizado em quatro domínios: físico (sete itens), psicológico (seis itens), relações sociais (três itens) e ambiente (oito itens). As duas primeiras questões do instrumento (Q.1. *Como avalia a sua qualidade de vida?* e Q.2. *Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?*) avaliam a perceção global da qualidade de vida dos indivíduos. Os itens são respondidos numa escala de resposta de cinco pontos, variando, por exemplo, entre Nada e Completamente.

A validação do WHOQOL-BREF para a população portuguesa foi feita pelo Centro Português para Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde utilizando, para o efeito, uma amostra de 604 indivíduos (Canavarro et al., 2007; Vaz Serra et al., 2006b).

Nesse estudo de validação, o WHOQOL-BREF revelou bons índices de consistência interna, quer ao nível do conjunto, quer ao nível de cada um dos seus domínios. O conjunto dos domínios apresentou um α de Cronbach de .79 e os

domínios individualmente considerados exibiram os seguintes índices: domínio físico com um $\alpha = .87$, o psicológico com um $\alpha = .84$, o de relações sociais com um $\alpha = .64$ e o de ambiente com um $\alpha = .78$. O total dos 26 itens apresentou um α de Cronbach de .92. Todos os domínios evidenciaram correlações elevadas e significativas com a Faceta Geral da qualidade de vida que é avaliada, como se disse, pelos dois primeiros itens, variando entre .44 (domínio das relações sociais) e .72 (domínio físico). Realizada uma regressão linear múltipla dos quatro domínios do WHOQOL-BREF em relação à Faceta Geral (que avalia, como dissemos, a percepção global da QdV), os domínios apareceram, no estudo de validação da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-BREF, num modelo linear que explicou 58.8% da variância. O domínio físico foi o que maior variância explicou (52.2%), seguido dos domínios psicológico, ambiente e relações sociais (Canavarro et al., 2007; Vaz Serra et al., 2006b).

Segundo Canavarro et al. (2007, p. 96) “a versão breve do WHOQOL tem revelado características psicométricas adequadas (...) tornando-se uma alternativa válida ao WHOQOL-100”. Em consequência, e apesar de a OMS recomendar a aplicabilidade do WHOQOL-100 conjuntamente com o WHOQOL-SRPB (WHOQOL-SRPB Group, 2002), face a esta garantia dada pelas propriedades psicométricas do WHOQOL-BREF (Canavarro et al., 2007), e dada a extensão daquele instrumento de medida (como o próprio nome indica, o WHOQOL-100 é composto por 100 perguntas), a nossa preferência recaiu na utilização do WHOQOL-BREF, ao invés do WHOQOL-100, opção que, aliás, não é inédita uma vez que o mesmo sucedeu e.g., aquando da validação Brasileira do WHOQOL-SRPB (Panzini et al., 2011).

Na Tabela 1 apresentamos as estatísticas descritivas relativas a cada item do WHOQOL-BREF, no nosso estudo. Dos dados obtidos decorrem pontuações médias nos 26 itens que variaram entre 3.02 (DP = 0.87) para o item Q14. *Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?* (domínio ambiente) e 4.31 (DP = 0.75) para o item Q5. *Até que ponto gosta da vida?* (domínio psicológico).

Curiosamente, no estudo de validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-BREF foram esses os itens que apresentaram também as pontuações mínima e máxima, com os valores, respetivamente, de 3.09 (DP = 0.95) e de 4.08 (DP = 0.84), cf. Vaz Serra et al. (2006b).

Análise da consistência interna

Os coeficientes de fidelidade foram calculados, no nosso estudo, para os 26 itens do WHOQOL-BREF e, ainda, para o conjunto dos quatro domínios e para os vários domínios individualmente considerados.

O WHOQOL-BREF revelou bons índices de consistência interna (cf. Almeida, Santos, & Costa, 2010), quer ao nível do conjunto dos 26 itens ($\alpha = .91$), quer ao nível do total dos seus domínios ($\alpha = .80$), quer ao nível de cada um dos seus domínios, oscilando entre .71 (domínio das relações sociais) e .83 (domínio físico). De referir que o índice mínimo encontra-se acima do apresentado no estudo de validação para Portugal do WHOQOL-BREF (Canavarro et al., 2007; Vaz Serra et al., 2006b) e o máximo ligeiramente abaixo do apresentado no mesmo estudo, sendo aí, respetivamente, de .64 (domínio das relações sociais) e .87 (domínio físico).

À semelhança do que sucedeu naquele estudo de validação, o domínio físico, foi o que apresentou, no nosso estudo, um índice mais elevado ($\alpha = .83$), seguido do psicológico ($\alpha = .78$), embora estes valores estejam ligeiramente abaixo dos aí apresentados (Canavarro et al., 2007).

Curiosamente, o domínio das relações sociais é o que apresenta, identicamente ao estudo de validação do WHOQOL-BREF para Portugal (Canavarro et al., 2007; Vaz Serra et al., 2006b) o valor mais baixo, ainda que esteja acima do α de Cronbach apresentado nesse estudo (no nosso, o α foi de .71 naquele domínio e no mencionado estudo foi de .64). Refira-se que o domínio das relações sociais foi, também, o que, analogamente, apresentou menor índice de consistência interna nos estudos levados a efeito noutros Centros Internacionais de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (Canavarro et al., 2007). A explicação poderá estar, segundo estes autores, no facto de este domínio, contrária e comparativamente aos restantes, ser constituído por um número reduzido de itens, num total de três.

O domínio do ambiente revelou, no nosso estudo, exatamente o mesmo valor ($\alpha = .78$) do que foi apresentado no estudo de validação do WHOQOL-BREF para Portugal (Canavarro et al., 2007; Vaz Serra et al., 2006b).

O total dos 26 itens apresentou, no nosso estudo, um α de Cronbach de .91, muito próximo do índice daquele estudo, cujo valor foi de .92 (Canavarro et al., 2007; Vaz Serra et al., 2006b).

Conforme podemos verificar da Tabela 1, a maioria dos itens correlaciona-se com a escala total entre um valor considerado baixo (.41) para o item Q25. *Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?* (domínio ambiente) a moderado (.72) para o item Q17. *Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?* (domínio físico).

Quando retirado cada um dos itens, o valor do α de Cronbach desce, oscilando entre .55 para o item Q20. *Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?* (domínio das relações sociais) e .83 para o item Q16. *Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?* (domínio físico), revelando a importância de cada item para o desempenho do instrumento.

Globalmente considerado, o WHOQOL-BREF apresentou bons índices de consistência interna (cf. Tabela 1). Tendo em conta que muitos dos valores apresentados no nosso estudo são próximos dos revelados no estudo de validação do WHOQOL-BREF para Portugal, e sendo os índices de consistência interna deste último estudo semelhantes aos observados nos estudos dos vários Centros Internacionais de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS (Canavarro et al., 2007), o estudo aqui apresentado reitera a fiabilidade do referido instrumento (Marôco & Garcia-Marques, 2006).

Tabela 1

Estatísticas relativas à consistência interna dos domínios e dos itens do WHOQOL-BREF

Domínios	Item	Média	Desvio-padrão	Correlação item-total	α com exclusão do item
Domínio 1. Físico	Q3. Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	3.93	0.97	.58	.81
	Q10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	3.80	0.77	.65	.80
	Q16. Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	3.55	0.98	.45	.83
	Q15. Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	4.29	0.76	.59	.80
	Q17. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	3.90	0.74	.72	.78
	Q4. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	4.24	0.93	.54	.81
	Q18. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	3.92	0.72	.57	.81
				$\alpha = .83$	
Domínio 2. Psicológico	Q5. Até que ponto gosta da vida?	4.31	0.75	0.58	.74
	Q7. Até que ponto se consegue concentrar?	3.73	0.73	.44	.77
	Q19. Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	3.89	0.76	.64	.73
	Q11. É capaz de aceitar a sua aparência física?	3.87	0.85	.49	.76
	Q26. Com que frequência tem sentimentos negativos. tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	3.33	0.85	.45	.77
	Q6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	4.19	0.78	.63	.73
				$\alpha = .78$	
Domínio 3. Relações Sociais	Q20. Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	3.93	0.74	.59	.55
	Q22. Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	3.90	0.77	.55	.60
	Q21. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	3.71	0.92	.46	.72
				$\alpha = .71$	
Domínio 4. Ambiente	Q8. Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	3.67	0.74	.49	.76
	Q23. Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	4.07	0.75	.45	.76
	Q12. É capaz de aceitar a sua aparência física?	3.23	0.81	.52	.75
	Q24. Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	3.70	0.90	.47	.76
	Q13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	3.87	0.74	.59	.74
	Q14. Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	3.02	0.87	.44	.77
	Q9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	3.75	0.73	.54	.75
	Q25. Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	3.86	0.84	.41	.77
				$\alpha = .78$	
Faceta Geral [percepção global da QdV]	Q1. Como avalia a sua qualidade de vida?	3.75	0.60	.49	
	Q2. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	3.79	0.73	.49	
				$\alpha = .65$	

Análise das intercorrelações

Analisando a Tabela 2, que nos mostra as intercorrelações entre os domínios do WHOQOL-BREF e entre estes e a sua Faceta Geral, podemos verificar que os coeficientes de correlação são todos positivos e estatisticamente significativos ($p < .01$).

Ao analisarmos as correlações de Pearson, verificamos que os coeficientes r mais elevados são entre os domínios relações sociais e psicológico ($r = .66$); psicológico e físico ($r = .59$); ambiente e físico ($r = .57$).

Comparativamente ao estudo de validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-BREF, o nosso estudo tem em comum unicamente o facto de haver uma correlação entre os domínios psicológico e físico ($r = .55$) que é aproximada daquele outro. Todavia, naquele estudo inicial, os domínios que melhor se correlacionaram, para além do ora referido, foram os domínios psicológico e ambiente ($r = .57$) e relações sociais e ambiente ($r = .50$).

Os quatro domínios do WHOQOL-BREF apresentam-se, no nosso estudo, bem correlacionados com a Faceta Geral da qualidade de vida (que é avaliada, como se disse, pelos itens 1 e 2), apresentando correlações que oscilaram entre .37 (domínio das Relações Sociais) e .58 (domínios físico e do ambiente), ligeiramente abaixo, no entanto, das do estudo de validação, as quais variaram entre .44 (domínio das Relações Sociais) e .72 (domínio físico), cf. Tabela 2.

Tabela 2

Coefficientes de correlação de Pearson entre os domínios e a Faceta Geral do WHOQOL-BREF

	FG	D1	D2	D3	D4
Faceta Geral	---				
D1. Domínio Físico	.58**	---			
D2. Domínio Psicológico	.46**	.59**	---		
D3. Domínio das Relações sociais	.37**	.44**	.66**	---	
D4. Domínio Ambiente	.58**	.57**	.53**	.45**	---

Legenda. FG – Faceta Geral; D1-domínio físico; D2-domínio psicológico; D3-domínio das Relações Sociais; D4-domínio do ambiente.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Análise da estrutura fatorial

A Análise Fatorial Exploratória (AFE) do WHOQOL-BREF tornou-se exequível calculando o KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*), o qual foi de

.908. Este valor atestou a adequabilidade da AFE, considerando-se a mesma, segundo Kaiser (citado por Pestana & Gageiro, 2000), como Muito Boa. O Teste de esfericidade de Bartlett resultou num valor significativo [$\chi^2(276) = 5258.748, p < .001$], mostrando que existe uma correlação significativa entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2000).

Levamos, por isso, a efeito uma Análise Fatorial Exploratória com a rotação varimax e com uma extração forçada a quatro fatores, com valores próprios superiores a um, que explicaram 52.8% da variância total.

Como observado na Tabela 3, verificamos que o fator um, originariamente composto por sete itens apresenta-se, no nosso estudo, com 10 itens, cuja saturação variou entre .43 (Q11. *É capaz de aceitar a sua aparência física?*) e .78 (Q19. *Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?*), com um valor próprio de 7.92, explicando 32.99% da variância. A predominância dos itens diz respeito aos domínios psicológico e das relações sociais.

O fator dois engloba, no nosso estudo, todos os itens do domínio físico (fator um do estudo original), apresentando uma saturação entre .40 (Q16. *Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?*) e .79 (Q3. *Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?*). O item Q18. *Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?* encontra-se no fator um com uma saturação de .55 mas, igualmente, no fator dois, com uma saturação de .41.

O fator três comporta, maioritariamente, os itens do fator originário “ambiente” (fator quatro do estudo inicial) com exceção dos itens Q23. *Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?* Q24. *Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?* e Q25. *Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?* os quais formam, no nosso estudo, o fator quatro.

O item Q10. *Tem energia suficiente para a sua vida diária*, que saturou no fator dois com .55, apresentou saturação de .46 no fator três. Para mais pormenores veja-se a Tabela 3.

Tabela 3

Estrutura fatorial do WHOQOL-BREF após rotação varimax, forçada a quatro fatores

Item	Fatores				Comunalidades
	1	2	3	4	
Q19. Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	.78	.22	.12	.02	.67
Q20. Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	.75	.05	.11	.09	.63
Q6. Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	.74	.02	.07	.23	.49
Q5. Até que ponto gosta da vida?	.66	.02	.06	.21	.60
Q22. Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	.62	.06	.13	.29	.48
Q21. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	.58	.16	.08	.16	.54
Q18. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	.55	.41	.28	-.12	.51
Q7. Até que ponto se consegue concentrar?	.50	.12	.43	-.20	.61
Q26. Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	.46	.26	.23	.02	.39
Q11. É capaz de aceitar a sua aparência física?	.43	.35	.24	.15	.56
Q3. Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	.02	.79	.12	.16	.61
Q4. Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	.03	.78	.08	.11	.47
Q15. Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	.25	.60	.20	.25	.53
Q10. Tem energia suficiente para a sua vida diária?	.30	.55	.46	-.01	.35
Q17. Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	.50	.55	.32	-.03	.65
Q16. Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	.36	.40	.23	-.10	.56
Q13. Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	.13	.24	.68	.27	.67
Q12. É capaz de aceitar a sua aparência física?	.05	.03	.66	.35	.59
Q14. Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	.01	.18	.65	.14	.40
Q8. Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	.35	.15	.63	.01	.49
Q9. Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	.31	.22	.59	.13	.51
Q25. Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	.11	.15	.01	.71	.52
Q24. Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	.12	.05	.27	.66	.54
Q23. Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	.34	.12	.14	.60	.33
Valor próprio	7.92	1.98	1.61	1.16	
% da variância	32.99	8.27	6.69	4.86	

Legenda. Apresentam-se a negrito as saturações superiores a .40

Estudo 2. Domínio VI-SRPB do WHOQOL-100

Conforme referido anteriormente, o WHOQOL-100 foi o primeiro instrumento de medida a ser desenvolvido pela OMS para avaliar a QdV (WHOQOL Group, 1994,

1995). Trata-se de um instrumento de autopreenchimento, composto por seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e SRPB (*Espiritualidade, Religiosidade e Crenças pessoais*). Cada um destes domínios, por seu turno, é constituído por facetas, que perfazem um total de 24, sendo cada uma delas constituída por quatro questões.

A validação do WHOQOL-100 para a população Portuguesa foi feita pelo Centro Português para Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (Vaz Serra et al., 2006a), tendo sido gerada, na etapa qualitativa dessa validação com grupos focais, como se disse, uma nova faceta – *Poder político* – que passou a fazer parte integrante da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-100 (Rijo et al., 2006; Vaz Serra et al., 2006a).

A versão original do WHOQOL-100 contemplou, desde logo, como vimos, um domínio destinado a avaliar *a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais* associado à QdV - o Domínio VI-SRPB – também designado por *QdV espiritual*, composto por quatro questões: F24.1 *As suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais dão sentido à sua vida?*; F24.2 *Em que medida sente que a sua vida tem sentido?*; F24.3 *Em que medida as suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais lhe dão forças para enfrentar as dificuldades?*; F24.4 *Em que medida as suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais o(a) ajudam a compreender as dificuldades da vida?* (Vaz Serra et al., 2006a).

Ainda que esse domínio, individualmente considerado, tenha apresentado um α de Cronbach bastante aceitável (.84), foi, no entanto, aquele que apresentou menor índice de consistência interna no estudo de validação do WHOQOL-100 para a população portuguesa. Também foi o domínio que apresentou coeficientes de correlação mais baixos em relação aos dos restantes domínios do WHOQOL-100, variando entre $r = .15$ (com o domínio físico) e $r = .35$ (com o domínio psicológico). Apresentou, igualmente, uma correlação muito baixa (.25) com a Faceta Geral da QdV, contrariamente ao que sucedeu com os restantes domínios os quais apresentaram índices aceitáveis (entre .61 e .69), cf. Vaz Serra et al. (2006a). Idêntica situação verificou-se noutros países, aquando da conceção e validação inicial do WHOQOL-100 (e.g., Fleck, 2000; Skevington, 1999).

Conforme referimos já, optámos por utilizar, também, no nosso estudo, a par do WHOQOL-BREF e do WHOQOL-SRPB, as quatro questões do domínio VI-SRPB do WHOQOL-100, relativas à qualidade de vida espiritual. Esta nossa opção ganhou sustentação no facto de a *espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais*, associadas à qualidade de vida, serem avaliadas no WHOQOL-BREF por uma única questão, a *Q6. Até que ponto sente que a sua vida tem sentido?* a qual se encontra circunscrita, nesse instrumento de medida, ao domínio psicológico. Assim sendo, e uma vez que utilizámos no nosso estudo o WHOQOL-BREF, ao invés do WHOQOL-100, considerámos que seria pertinente a aplicação adicional do domínio VI-SRPB do WHOQOL-100, à semelhança do que se verificou na validação do WHOQOL-SRPB para o Brasil (Panzini et al., 2011).

Identicamente aos restantes domínios do WHOQOL-100, o domínio VI-SRPB é avaliado numa escala de cinco pontos, *in casu* entre 1-Nada e 5-Muitíssimo.

As estatísticas descritivas relativas a cada *item* do domínio VI-SRPB do WHOQOL-100 do nosso estudo são apresentadas na Tabela 4.

Podemos aí constatar que as pontuações médias variaram entre 3.90 (DP = 0.90) para o item F24.1 *As suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais dão sentido à sua vida?* e 4.06 (DP = 0.71) para o item F24.2 *Em que medida sente que a sua vida tem sentido?*

Análise da consistência interna

Individualmente considerado, o domínio VI-SRPB do WHOQOL-100 apresentou um α de Cronbach bastante aceitável (.89), ligeiramente acima do revelado no estudo de validação da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-100, o qual foi de .84 (Vaz Serra et al., 2006a).

Os índices de cada um dos quatro itens, na correlação com o total do domínio, são bastante aceitáveis, variando entre .77 (F24.1 *As suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais dão sentido à sua vida?*) e .86 (F24.3 *Em que medida as suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais lhe dão forças para enfrentar as dificuldades?*).

Exceciona-se o item F24.2 *Em que medida sente que a sua vida tem sentido?* que apresenta, nessa correlação, um índice (.59) situado próximo do limite entre o que

é considerado baixo a moderado, em termos de confiabilidade (Cronbach, 1984). De salientar que, quando se retira esse mesmo item, o α de Cronbach passa para .91, figurando como o valor mais elevado, e acima do α total do domínio, o que parece corroborar a fraqueza deste item, relativamente aos demais. Excluído cada um dos restantes itens, o α oscila entre .81 (F24.3 *Em que medida as suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais lhe dão forças para enfrentar as dificuldades?*) e .85 (F24.1 *As suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais dão sentido à sua vida?*), evidenciando a importância que esses itens parecem ter para o desempenho deste domínio (veja-se tabela 4).

Tabela 4.

Estatísticas relativas à consistência interna dos itens do domínio VI-SRPB do WHOQOL-100

Domínio	Itens	Média	Desvio-padrão	Correlação item-total	α com exclusão do item
Domínio VI-SRPB do WHOQOL-100	F24.1 As suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais dão sentido à sua vida?	3.90	0.90	.77	.85
	F24.2 Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	4.06	0.71	.59	.91
	F24.3 Em que medida as suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais lhe dão forças para enfrentar as dificuldades?	3.99	0.82	.86	.81
	F24.4 Em que medida as suas crenças religiosas, princípios e valores pessoais o(a) ajudam a compreender as dificuldades da vida?	3.93	0.82	.82	.83
				$\alpha = .89$	

Estudo 3. Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)

IACLIDE é a designação abreviada de Inventário de Avaliação Clínica de Depressão e é uma escala tipo Likert criada por Vaz Serra em 1994 destinada a avaliar os Sintomas considerados típicos da depressão, tendo como pressuposto que esta varia em função do número de sintomas assinalados e da intensidade que os mesmos atingem. Constituída por 23 itens, cada um deles encontra-se subdividido em cinco questões em que à primeira corresponde o valor mínimo de zero (esta opção, quando assinalada, indica a inexistência de qualquer perturbação) e à última o valor máximo de quatro (quando assinalada, esta opção é indiciadora da gravidade máxima do sintoma depressivo). Sendo uma escala de autoavaliação, o IACLIDE tem em consideração o ponto de vista do sujeito i.e., a forma como o indivíduo se vê a si próprio (Vaz Serra, 1994).

Trata-se de uma escala que afere quatro tipos ou conjuntos de sintomas: (1) os *biológicos* que são avaliados em seis dos itens que compõem o IACLIDE (exprimem a relação que o indivíduo cria com o seu corpo); (2) os *cognitivos* que são aferidos em 10 itens (traduzem os sintomas da relação que o sujeito estabelece consigo próprio, como pessoa); (3) os *interpessoais* que são computadas por um total de três itens (situam-se no campo da relação com os outros) e, por último, (4) os de *desempenho de tarefa*, que são avaliados através de quatro dos itens da escala (prendem-se com questões relativas à relação que o indivíduo edifica com o trabalho). Utilizando uma amostra de 340 deprimidos, o estudo de Vaz Serra (1994) revelou uma correlação “Par/impar” de .85 e um coeficiente de *Spearman-Brown* de .92, de onde se infere uma boa consistência interna.

Nesse estudo, a correlação entre os vários sintomas e o total do IACLIDE variou entre .75 (sintomas interpessoais) e .90 (sintomas cognitivos). Todos os sintomas que compõem o conjunto do IACLIDE evidenciaram correlações significativas ($p < .001$), com os restantes sintomas, variando entre .49 (sintomas interpessoais e biológicos) e .60 (sintomas cognitivos e os de desempenho de tarefa).

Ainda nesse estudo, a Análise Fatorial de componentes principais, seguida de uma rotação ortogonal de tipo varimax extraiu inicialmente cinco fatores⁴⁷, os quais explicaram 54% da variância total.

Numa comparação levada a efeito entre 340 “normais” (indivíduos que nunca tiveram qualquer problema de natureza psicopatológica) e os 340 “deprimidos” (amostra inicial), foi estabelecido como ponto de corte uma nota global de ≥ 20 , conforme descrito por Vaz Serra (1994), encontrando-se abaixo desse valor os indivíduos não deprimidos.

Refira-se ainda que, o IACLIDE apresentou um coeficiente de validação concorrente de .72 com a Versão Portuguesa do Inventário Depressivo de Beck, o que abona a favor da validade do construto (Vaz Serra, 1994), razão pela qual optámos, no nosso estudo, por este instrumento de medida.

⁴⁷ Tratando-se de um estudo de validação do referido instrumento de medida, foi entendimento do seu autor *não forçar* “o programa a fornecer um número menor de factores para não excluir toda a informação que pudesse ser obtida” (Vaz Serra, 1994, p. 91).

Na Tabela 5 apresentamos as estatísticas descritivas do IACLIDE do nosso estudo. As pontuações médias dos 23 itens variaram entre 0.12 (DP = 0.48) e 0.98 (DP = 0.96) para os itens 19. *Ideação suicida* e 10. *Perda de esperança no futuro*, respetivamente (ambos do conjunto de sintomas depressivos cognitivos).

Análise da consistência interna

Os coeficientes de fidelidade foram calculados, no nosso estudo, para o total do IACLIDE e, ainda, para cada um dos quatro tipos de sintomas depressivos.

Globalmente considerado, o IACLIDE demonstrou ter índices de consistência interna bastante aceitáveis: ao nível do total das 23 questões apresentou um $\alpha = .93$ [ligeiramente superior ao obtido no estudo de Vaz Serra (1994), cujo α foi de .89] e ao nível dos quatro conjuntos de sintomas, apresentou um α de Cronbach que variou entre .69 (sintomas interpessoais) e .86 (sintomas cognitivos).

Conforme podemos verificar na Tabela 5, a maioria dos itens correlaciona-se, no nosso estudo, com a escala total entre um valor considerado baixo para o item 5. *Culpabilidade* ($\alpha = .46$) a moderado para o item 18. *Perda de alegria para viver* ($\alpha = .74$).

Quando retirado cada um dos itens, o valor do α de Cronbach desce, oscilando entre .59 e .85 (cf. Tabela 5).

Tabela 5

Estatísticas relativas à consistência interna dos itens do IACLIDE

Dimensões	Item	Média	Desvio-padrão	Correlação item-total	α com exclusão do item
Sintomas Biológicos	3. Desassossego interior	0.82	1.06	.53	.76
	6. Prejuízo da memória de fixação	0.96	0.98	.51	.77
	8. Insónia inicial	0.72	1.12	.60	.75
	11. Insónia tardia	0.56	0.95	.49	.77
	13. Acordar fatigado	0.53	0.72	.61	.75
	15. Dificuldade de concentração	0.69	0.76	.59	.75
				$\alpha = .79$	
	1. Desinteresse pelo trabalho	0.62	0.88	.53	.85
	5. Culpabilidade	0.55	1.02	.46	.86
	7. Sentir-se infeliz	0.49	0.73	.61	.84

Sintomas Cognitivos	9. Auto-depreciação	0.26	0.63	.61	.84
	10. Perda de esperança no futuro	0.98	0.96	.53	.85
	12. Sentimento de fracasso	0.44	0.65	.59	.84
	16. Incapacidade de resolução de problemas	0.43	0.70	.61	.84
	17. Incapacidade de tomar decisões	0.48	0.77	.64	.84
	18. Perda da alegria de viver	0.52	0.79	.74	.83
	19. Ideação suicida	0.12	0.48	.49	.85
$\alpha = .86$					
Sintomas Interpessoais	2. Dependência dos outros	0.40	0.73	.50	.60
	4. Débito excessivo de queixas	0.54	0.84	.51	.59
	14. Afastamento social	0.32	0.68	.51	.59
$\alpha = .69$					
Sintomas de Desempenho de Tarefa	20. Fatigabilidade no Desempenho de Tarefas	0.43	0.75	.66	.78
	21. Depreciação no desempenho das tarefas	0.37	0.71	.55	.82
	22. Inibição motora	0.56	0.73	.70	.76
	23. Inatividade	0.51	0.74	.70	.76
$\alpha = .83$					

Análise das intercorrelações

Analisando a Tabela 6, que nos mostra as intercorrelações entre as dimensões do IACLIDE e o seu total, podemos verificar que os coeficientes de correlação entre os mesmos são todos positivos e estatisticamente significativos ($p < .01$).

As intercorrelações mais elevadas encontram-se entre os sintomas de desempenho de tarefa e os sintomas cognitivos ($r = .75$) e entre os sintomas de desempenho de tarefa e os sintomas biológicos ($r = .72$).

Comparativamente ao estudo inicial (Vaz Serra, 1994), no nosso estudo a correlação entre os vários sintomas e o total do IACLIDE apresentou valores ligeiramente superiores, variando entre .79 (sintomas interpessoais) e .94 (sintomas cognitivos) [recorde-se que, no estudo de Vaz Serra (1994), o valor de r variou entre .75 para a intercorrelação com os sintomas interpessoais e .90 para intercorrelação com os sintomas cognitivos] sendo exatamente os mesmos tipos de sintomas depressivos – os interpessoais e os cognitivos - a revelar, num e noutro estudos, respetivamente, os valores mínimo e máximo.

Todos os sintomas que compõem o IACLIDE evidenciaram correlações significativas ($p < .01$) com os restantes sintomas, variando entre .62 (sintomas de

desempenho de tarefa e sintomas interpessoais) e .75 (sintomas de desempenho de tarefa e sintomas cognitivos). No estudo de Vaz Serra (1994), esta última correlação entre sintomas foi a que teve, igualmente, um valor máximo apresentando, no entanto, aí um $r = .60$. Já quanto à intercorrelação que apresentou o valor mínimo, contrariamente ao que sucedeu no nosso estudo, no estudo inicial (Vaz Serra, 1994), a mesma verificou-se entre os sintomas interpessoais e os sintomas biológicos, tendo aí um valor de .49.

Tabela 6.

Coeficientes de correlação de Pearson entre as dimensões e o total do IACLIDE

	T_IACLIDE	SC	SB	SI	SDT
T_IACLIDE	---				
Sintomas Cognitivos	.94**	---			
Sintomas Biológicos	.89**	.72**	---		
Sintomas Interpessoais	.79**	.69**	.68**	---	
Sintomas de Desempenho de Tarefa	.85**	.75**	.72**	.62**	---

Legenda. T_IACLIDE-Total do IACLIDE; SC-Sintomas Cognitivos; SB-Sintomas Biológicos; SI-Sintomas Interpessoais; SDT-Sintomas de Desempenho de Tarefa.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Análise da estrutura fatorial

Aferimos, primeiramente do KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*) que nos disse da adequabilidade e exequibilidade da Análise Fatorial Exploratória (AFE) do IACLIDE, tendo o mesmo resultado num valor de .951 que nos remete, segundo Kaiser (citado por Pestana & Gageiro, 2000), para uma AFE Muito Boa. O Teste de esfericidade de Bartlett resultou num valor significativo [$\chi^2(253) = 5490.713$, $p < .001$], mostrando que existe uma correlação significativa entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2000).

Na AFE em componentes principais, rotação varimax com normalização Kaiser, os 23 itens do IACLIDE agruparam-se em quatro fatores com valores próprios superiores a um, explicando 56.8% da variância, sendo que o fator um, por si só, explicou 41.3% da variância total, apresentando um valor próprio de 9.49.

Os itens agruparam-se da seguinte forma: o fator um, comportando oito itens, com saturações entre .45 (1. *Desinteresse pelo trabalho*) e .75 (22. *Inibição motora*),

com valor próprio de 9.49 e explicando 41.3% da variância; o fator dois, comportando seis itens, com saturações entre .47 (14. *Afastamento social*) e .76 (19. *Ideação suicida*), apresentando um valor próprio de 1.36; o fator três, comportando sete itens, com saturações entre .44 (16. *Incapacidade de resolução de problemas*) e .68 (4. *Débito excessivo de queixas*), apresentando um valor próprio de 1.16; e o fator quatro, comportando dois itens, com saturações entre .78 (8. *Insônia inicial*) e .85 (11. *Insônia tardia*), apresentando um valor próprio de 1.04.

Pode constatar-se, ainda, da Tabela 7, que o item 12. *Sentimento de fracasso* com maior saturação no fator dois, apresentou saturação superior a .40 no fator três (.50); o item 18. *Perda de alegria de viver* saturou quer no fator dois (.52), quer no fator três (.42); o item 20. *Fatigalidade no desempenho de tarefas* saturou no fator um com .55 e, também, no fator dois com .40.

Em suma, saturaram oito itens no fator um, sendo três dos sintomas depressivos de desempenho de tarefa, três dos sintomas biológicos e dois dos sintomas cognitivos.

Saturaram seis itens no fator dois, sendo quatro dos sintomas cognitivos, um dos sintomas interpessoais e um dos sintomas de desempenho de tarefa.

Saturaram sete itens no fator três, sendo dois dos sintomas interpessoais, um dos sintomas biológicos e quatro dos sintomas cognitivos.

No fator quatro saturaram dois itens provenientes dos sintomas biológicos.

Comparativamente ao estudo de Vaz Serra (1994), o fator um comporta os mesmos itens nos dois estudos; o fator quatro do nosso estudo coincide integralmente com o fator cinco daquele estudo; e os itens constantes nos fatores dois e três do nosso estudo aparecem distribuídos nos fatores dois, três e quatro do estudo inicial.

Tabela 7.

Estrutura fatorial do IACLIDE após rotação varimax, forçada a quatro fatores

Item	Fatores				Comunalidades
	1	2	3	4	
22. Inibição motora	.75	.25	.12	.10	.65
15. Dificuldade de concentração	.72	.27	.19	.18	.66
23. Inatividade	.71	.37	.17	.13	.68
6. Prejuízo da memória de fixação	.69	-.03	.36	.10	.62

17. Incapacidade de tomar decisões	.55	.37	.30	.16	.55
20. Fadiga no desempenho de tarefas	.55	.40	.25	.19	.56
13. Acordar fatigado	.55	.36	.17	.36	.59
1. Desinteresse pelo trabalho	.45	.31	.35	-.01	.42
19. Ideação suicida	.17	.76	.06	.08	.61
9. Auto-depreciação	.25	.71	.23	.16	.64
21. Depreciação no desempenho das tarefas	.30	.61	.13	.09	.49
12. Sentimento de fracasso	.18	.53	.50	-.02	.55
18. Perda da alegria de viver	.37	.52	.42	.21	.63
14. Afastamento social	.39	.47	.35	.26	.55
4. Débito excessivo de queixas	.24	.04	.68	.15	.54
5. Culpabilidade	-.01	.28	.65	.05	.50
3. Desassossego interior	.28	.17	.60	.24	.52
2. Dependência dos outros	.27	.09	.58	.10	.43
10. Perda de esperança no futuro	.30	.13	.50	.29	.44
7. Sentir-se infeliz	.17	.42	.45	.33	.51
16. Incapacidade de resolução de problemas	.38	.31	.44	.08	.44
11. Insônia tardia	.15	.08	.10	.85	.75
8. Insônia inicial	.16	.15	.27	.78	.73
Valor próprio	9.49	1.36	1.16	1.04	
% da variância	41.26	5.92	5.06	4.54	

Legenda. Apresentam-se a negrito as saturações superiores a .40

Estudo 4. *Brief* RCOPE

O *Brief* RCOPE é um instrumento de medida que avalia o *coping* religioso. Trata-se de uma escala tipo Likert em que os sujeitos avaliam a forma como lidam com os acontecimentos negativos da sua vida através da Religião, e em que medida é que o fazem, tendo como ponto de partida um conjunto de afirmações que lhes são dadas. Por outras palavras, o que se pretende saber é até que ponto, ou com que frequência, fazem o que consta em cada declaração. As respostas podem variar entre 1 (De modo nenhum) e 4 (Muitíssimo).

O *Brief* RCOPE foi desenvolvido por Pargament et al. (2011) sendo, como se disse, uma versão abreviada da RCOPE, desenvolvida por Pargament em 1997. Este último instrumento de medida, com 21 subescalas e um total de 105 itens, segundo Pargament et al. (2011), caracteriza-se por ser um instrumento (1) multi-funcional

(avalia cinco funções da Religião: sentido, controle, conforto, intimidade e transformação de vida); (2) multi-modal (reflete a forma como o indivíduo lida com as situações *stressantes* do dia-a-dia, através da Religião, em termos não só cognitivos (refletidos nos seus pensamentos e nas suas atitudes) mas, igualmente, emocionais (expressos no que o indivíduo afirma sentir a propósito ou na ação que envolve outras pessoas); e (3) com uma natureza multi-facetada. Partindo do pressuposto que as estratégias de *coping* religioso tanto podem produzir efeitos adaptativos como não adaptativos, a sua eficácia encontra-se dependente de diversos fatores como sejam os pessoais, os situacionais ou os socio-culturais.

Ao desenvolver uma versão abreviada, Pargament et al. (2011) pretenderam dotar o *Brief* RCOPE de uma maior eficiência sem descurar, no entanto, o que esteve subjacente na construção do instrumento de medida inicial (RCOPE; Pargament, 1997) não só em termos teóricos mas, igualmente, funcionais.

Inicialmente com 21 itens, o *Brief* RCOPE viria a apresentar-se, na sua versão final, apenas com 14 itens (Pargament et al., 2011), subdividindo-se os mesmos por duas subescalas: a do *Positive Religious Coping (PRC)*, com sete itens e a do *Negative Religious Coping (NRC)*, com outros sete itens. A primeira forma de *coping* (*coping* religioso positivo) avalia três aspetos: (1) a relação firme/segura com o Transcendente; (2) o sentido de ligação aos outros; e (3) um ponto de vista benevolente perante os acontecimentos *stressantes* da vida. A segunda forma de *coping* (*coping* religioso negativo) avalia as tensões e *batalhas* que o indivíduo trava: (1) consigo próprio; (2) com os outros; e (3) com o Divino, perante esses mesmos acontecimentos. Tanto uma como outra formas de *coping* são o resultado da congregação de diferentes subescalas do instrumento de medida original, o RCOPE (Pargament, 1997; Pargament et al., 2011).

Na Tabela 8 apresentamos as estatísticas descritivas do *Brief* RCOPE do nosso estudo. As pontuações médias entre os 14 itens variam entre um mínimo de 1.23 (DP = 0.55) e 1.23 (DP = 0.61), respetivamente, nos itens 12. *Questionei-me se a minha igreja me tinha abandonado* e 13. *Mentalizei-me que foi o diabo que fez com que isso acontecesse*) e um máximo de 2.76 (DP = 0.10) para 2. *Solicitei o amor e a proteção de Deus*.

Análise da consistência interna

No nosso estudo, os coeficientes de fidelidade foram calculados para o total do *Brief RCOPE* e para cada uma das dimensões, sendo de .89 para o conjunto dos 14 itens; de .86 para o *coping* religioso negativo e de .93 para o *coping* religioso positivo revelando, deste modo, excelentes índices de consistência interna.

Ao nível da correlação de cada item com o seu total, o α de Cronbach variou entre .34 para o item 13. *Mentalizei-me que foi o diabo que fez com que isso acontecesse* e .87 para o item 2. *Solicitei o amor e a proteção de Deus*, pertencentes, respetivamente, às dimensões de *coping* religioso negativo e de *coping* religioso positivo.

Quando excluído cada um dos itens, o α de Cronbach diminui, no caso dos itens do *coping* religioso negativo, variando entre .81 (item 11. *Questionei o amor de Deus por mim* e .87 (item 13. *Mentalizei-me que foi o diabo que fez com que isso acontecesse*), quer em relação ao α da subescala (.86), quer relativamente ao α total (.89) apresentado pelo *Brief RCOPE*, no nosso estudo.

No caso dos itens do *coping* religioso positivo, o seu α encontra-se acima do α total (.89) desse instrumento de medida embora esse valor esteja, maioritariamente, abaixo do α dessa subescala que foi, como se disse, de .93. Os valores, ao nível da subescala *coping* religioso positivo, oscilam entre .91 (em quatro dos sete itens) e .93 (em dois dos sete itens). Por sua vez, o item 7. *Centrei-me na Religião para parar de me preocupar com os meus problemas*, quando excluído, apresentou um valor de α de .94 i.e., ligeiramente acima do valor da subescala *coping* religioso positivo (cf. Tabela 8)

Tabela 8

 Estatísticas relativas à consistência interna das dimensões e dos itens do *Brief RCOPE*

Dimensões	Item	Média	Desvio-padrão	Correlação item-total	α com exclusão do item
Coping Religioso Positivo (CRP)	1. Procurei uma ligação mais forte com Deus	2.52	0.96	.83	.91
	2. Solicitei o amor e a proteção de Deus	2.76	0.10	.87	.91
	3. Solicitei a ajuda de Deus para me livrar da minha ira/raiva	2.33	1.04	.73	.93
	4. Tentei levar a cabo os meus planos com a ajuda de Deus	2.64	0.99	.86	.91
	5. Tentei ver de que modo poderia estar Deus a tentar dar-me força nesta situação	2.56	0.10	.85	.91
	6. Pedi perdão pelos meus pecados	2.51	0.95	.71	.93
	7. Centrei-me na Religião para parar de me preocupar com os meus problemas	1.86	0.87	.59	.94
				$\alpha = .93$	
Coping Religioso Negativo (CRN)	8. Questionei-me se Deus me tinha abandonado	1.62	0.84	.69	.83
	9. Senti-me castigado(a) por Deus pela minha falta de devoção	1.30	0.62	.69	.83
	10. Perguntei o que eu tinha feito para que Deus me castigasse	1.43	0.74	.74	.82
	11. Questionei o amor de Deus por mim	1.39	0.74	.79	.81
	12. Questionei-me se a minha igreja me tinha abandonado	1.23	0.55	.61	.84
	13. Mentalizei-me que foi o diabo que fez com que isso acontecesse	1.23	0.61	.34	.87
	14. Questionei o poder de Deus	1.28	0.64	.55	.85
				$\alpha = .86$	

Análise das intercorrelações

As intercorrelações entre as duas dimensões apresentaram coeficientes positivos e estatisticamente significativos ($p < .01$), embora com valor considerado baixo ($r = .26$), cf. Pestana & Gageiro (2000).

Análise da estrutura fatorial

Calculámos o KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*) para aferir da viabilidade, ou não, da Análise Fatorial Exploratória (AFE) do *Brief RCOPE*, o qual apresentou um valor de .914, situando-se no que Kaiser (citado por Pestana & Gageiro, 2000) considera ser uma AFE Muito Boa. Realizado o Teste de esfericidade de Bartlett, o mesmo revelou, igualmente, a adequabilidade da AFE na medida em que apresentou um valor significativo [$X^2(91) = 5046.146$, $p < .001$], revelador de que existe uma correlação significativa entre as variáveis.

A AFE em componentes principais, seguida de rotação varimax com normalização Kaiser, fez emergir uma estrutura explicativa de 63.9% da variância em

dois fatores com valores próprios superiores a um. Os coeficientes variaram no fator um entre .65 (no item 7. *Centrei-me na Religião para parar de me preocupar com os meus problemas*) e .91 (nos itens 2. *Solicitei o amor e a proteção de Deus* e 4. *Tentei levar a cabo os meus planos com a ajuda de Deus*) e no fator 2 entre .40 (no item 13. *Mentalizei-me que foi o diabo que fez com que isso acontecesse*) e .87 (no item 11. *Questionei o amor de Deus por mim*). Para mais pormenores, veja-se a Tabela 9.

A distribuição dos itens pelos fatores obedece à distinção entre as duas dimensões/fatores do *Brief RCOPE: coping religioso positivo versus coping religioso negativo*.

Tabela 9

Estrutura fatorial do *Brief RCOPE* após rotação varimax, com normalização Kaiser

Item	Fatores		Comunalidades
	1	2	
1. Procurei uma ligação mais forte com Deus	.89	.03	.80
2. Solicitei o amor e a proteção de Deus	.91	.07	.84
3. Solicitei a ajuda de Deus para me livrar da minha ira/raiva	.79	.13	.64
4. Tentei levar a cabo os meus planos com a ajuda de Deus	.91	.03	.83
5. Tentei ver de que modo poderia estar Deus a tentar dar-me força nesta situação	.89	.13	.81
6. Pedi perdão pelos meus pecados	.77	.16	.61
7. Centrei-me na Religião para parar de me preocupar com os meus problemas	.65	.19	.46
8. Questionei-me se Deus me tinha abandonado	.19	.78	.64
9. Senti-me castigado(a) por Deus pela minha falta de devoção	.12	.79	.64
10. Perguntei o que eu tinha feito para que Deus me castigasse	.11	.82	.68
11. Questionei o amor de Deus por mim	.08	.87	.77
12. Questionei-me se a minha igreja me tinha abandonado	.03	.74	.55
13. Mentalizei-me que foi o diabo que fez com que isso acontecesse	.24	.40	.22
14. Questionei o poder de Deus	-.02	.69	.47
Valor próprio	5.678	3.27	
% da variância	40.56	23.37	

Legenda. Apresentam-se a negrito as saturações superiores a .40

Estudo 5. *Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES)*

A *Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES)* é uma escala que foi desenvolvida por Piedmont (Piedmont, 1999a, 2004), para avaliar aspectos motivacionais do comportamento humano ligados à Espiritualidade, comuns a todas as Religiões (Piedmont et al., 2009). É composta por duas subescalas: (1) a *Religious Sentiments (RS)*; e (2) a *Spiritual Transcendence Scale (STS)*.

No respeito à primeira (RS), ela subdivide-se, por sua vez: (1) na *religious involvement*, a qual é composta por oito itens e avalia até que ponto o indivíduo se envolve em práticas e rituais religiosos e sente que isso é verdadeiramente importante na sua vida; e (2) na *religious crisis*, constituída por quatro itens que aferem em que medida o indivíduo se sente isolado de Deus (tal como é, por si, entendido) e da sua Comunidade religiosa (Piedmont et al., 2009).

Relativamente à segunda (STS), ela é composta por um total de 23 itens distribuídos por três dimensões: (1) a *prayer fulfillment* (que avalia a capacidade de criar um espaço pessoal que permite estabelecer uma relação positiva com uma Realidade Maior); (2) a *universality* (que afere da crença num amplo sentido e propósito para a vida; e (3) *connectedness* (que afere os sentimentos de pertença e responsabilidade para com uma Realidade Maior) dimensões essas que atravessam gerações e grupos (Piedmont et al., 2009).

No que se refere às escalas de respostas da *Religious Sentiments*, a *religious involvement* distingue-se da *religious crisis* porquanto a primeira varia, por exemplo, entre Nunca e Muitas vezes e a segunda oscila entre Discordo totalmente e Concordo totalmente. Também diferem no que respeita ao grau de intensidade das mesmas porquanto nesta última subescala – *religious crisis* – essa intensidade oscila entre um a cinco enquanto na primeira – *religious involvement* – a oscilação varia em função de cada um dos itens. Assim, nos itens um a três e no item oito, as escalas de resposta variam entre um e sete; nos itens quatro a seis varia entre um e cinco; e no item sete varia entre um e seis.

No que respeita à *Spiritual Transcendence Scale*, trata-se de uma escala tipo Likert que varia entre 1 (Concordo totalmente) e 5 (Discordo totalmente).

No estudo originário (Piedmont, 2004), a *religious involvement* apresentou um $\alpha = .89$; a *religious crisis* um $\alpha = .75$. No que respeita à STS, a mesma evidenciou um $\alpha = .89$. As suas dimensões revelaram valores bastante aceitáveis em duas delas (.94 para *universality*; .78 para *prayer fulfillment*) e um valor considerado baixo na outra - a *connectedness* - que apresentou um $\alpha = .49$. De salientar que já noutros estudos, conforme descrito em Piedmont et al. (2009), esta última dimensão - *connectedness* - foi a que apresentou sempre um valor mais baixo em relação às restantes. O próprio estudo de Piedmont et al. (2009) não foi exceção, tendo aquela dimensão apresentado aí um $\alpha = .14$. De referir que nesse mesmo estudo, ainda que aceitáveis os valores α para as restantes dimensões, eles situaram-se, ainda assim, abaixo do demonstrado no estudo originário sendo que, no estudo de Piedmont et al (2009), o valor de α foi de .60 para *universality* e de .87 para *prayer fulfillment*. O mesmo sucedeu para o total da escala, cujo α foi, nesse estudo, de .81 (para mais pormenores relativamente à comparação com o estudo originário veja-se Piedmont et al., 2009). E, ainda que razoável, o valor de α da *religious involvement* (.77) da *Religious Sentiments* ficou, cf. abaixo do estudo inicial (cf. Piedmont, 2004, 2009).

Ainda em relação ao estudo de Piedmont et al. (2009), a AFE da *Religious Sentiments* (RS) fez emergir dois fatores que explicaram 48% da variância total e que correspondem às suas duas dimensões: a *religious involvement* e a *religious crisis*. Por sua vez, a AFE da STS revelou três fatores que explicaram 45% da variância. Apesar de, nesse estudo, os itens da *prayer fulfillment* saturarem, de forma mais clara, essencialmente num só fator, o mesmo não sucedeu com os das restantes dimensões (Piedmont et al., 2009), com maior incidência no que respeita à *connectedness*, tal como sucedera, aliás, num outro estudo (Piedmont & Leach, 2002), ambos com amostras não provenientes da cultura ocidental. Tal poderá explicar, em parte, os resultados obtidos, conforme descrito em Piedmont et al. (2009).

Ainda de acordo com os citados autores, os resultados apresentados nos vários estudos têm vindo a demonstrar não só a robustez das escalas e subescalas que compõem o ASPIRES, mas também a sua aplicabilidade transcultural, salvaguardando-se a particularidade da *connectedness*, tal como referido.

Na Tabela 10 apresentamos as estatísticas descritivas do nosso estudo, relativas à escala *Religious Sentiments* (*religious involvement* e *religious crisis*) e na

Tabela 11 as estatísticas respeitantes à *Spiritual Transcendence Scale* (*prayer fulfillment, universality e connectedness*).

Na escala *Religious Sentiments*, no nosso estudo, as pontuações médias nos 12 itens variaram entre 1.42 (DP = 0.70) para o item 10. *Sentir-se abandonado por Deus* (da *religious crisis*) e 5.52 (DP = 2.16) para o item 3. *Quantidade de vezes que reza* (da *religious involvement*), cf. Tabela 10.

Na *Spiritual Transcendence Scale*, as médias nos 23 itens oscilaram entre 3.29 (DP = 1.11) nos itens 1. *Sentimentos de plenitude ou profunda felicidade através das orações e/ou meditações individuais* (da dimensão *prayer fulfillment*) e 9. *Eu tenho feito determinadas coisas na minha vida por acreditar que tal teria agradado a um pai/uma mãe, a um familiar ou a um amigo já falecidos*, da dimensão *connectedness* (M = 3.29; DP = 1.17) e uma pontuação média de 4.07 (DP = 0.95) no item 6. *Há uma ordem no universo que transcende a compreensão humana* (da dimensão *universality*), cf. Tabela 11.

Análise da consistência interna

Os coeficientes de fidelidade foram calculados, no nosso estudo, para o total do ASPIRES, sendo de .90 para o conjunto dos 35 itens.

No que respeita ao α total de cada uma das escalas, ele é, respetivamente, de .75 para a primeira escala (RS) e de .91 para a segunda (STS). Subdividindo-se a primeira escala em duas dimensões/subescalas, calculou-se o α das mesmas, sendo de .86 para a *religious involvement* e de .77 para a *religious crisis*. Por seu turno, subdividindo-se a segunda escala em três dimensões/subescalas, calculou-se, igualmente, para cada uma dessas dimensões o seu α de Cronbach. Este foi de .92 para a *prayer fulfillment*, de .80 para a *universality* e de .66 para a *connectedness*.

Globalmente, o ASPIRES revelou índices de consistência interna bastante aceitáveis (cf. Tabelas 10 e 11).

Comparativamente ao estudo de desenvolvimento do ASPIRES (Piedmont, 2004), os valores de α de Cronbach apresentam-se, no nosso estudo, ligeiramente próximos dos que foram aí apresentados, nas duas dimensões da escala *Religious Sentiments* (recorde-se que no estudo inicial o valor de α de Cronbach foi de .75 para a

religious involvement e de .89 para a *religious crisis*). No que respeita à *Spiritual Transcendence Scale*, o estudo originário (Piedmont, 2004) apresentou, como vimos, um $\alpha = .78$ na *prayer fulfillment*; um $\alpha = .94$ na *universality*; e um $\alpha = .49$ na *connectedness*, sendo esta última dimensão a que mais se diferenciou do nosso estudo porquanto neste estamos já perante um valor considerado aceitável enquanto naquele estudo inicial estamos perante um valor que não o é (cf. Nunnally, 1967, 1978; Marôco & Garcia-Marques, 2006). Ainda assim, e como tivemos ocasião de referir, vem sendo reconhecido, pelo autor, a fragilidade desta subescala, a qual, em sucessivos estudos, tem vindo a demonstrar um valor mais baixo em relação ao revelado nas restantes subescalas (Piedmont, 2004; Piedmont et al., 2009).

Na Tabela 10 constam as estatísticas relativas à consistência interna das dimensões da *Religious Sentiments* e na Tabela 11 as referentes à *Spiritual Transcendence Scale*.

No que respeita à escala *Religious Sentiments*, verificamos da Tabela 10 que o α de Cronbach oscilou entre .16 para o item 8. *Alteração do envolvimento religioso nos últimos doze meses* e .81 para o item 6. *Experiência de união com Deus* (ambos da dimensão *religious involvement*). Quando excluído cada um dos itens, o α de Cronbach desce relativamente ao α total do ASPIRES, variando entre .66 para o item 10. *Sentir-se abandonado por Deus*, da *religious crisis*) e .88 (para o item 8. *Alteração do envolvimento religioso nos últimos doze meses*, da *religious involvement*). A explicação para um α de Cronbach mínimo tão baixo parece encontrar-se no facto de aquele item 8. *Alteração do envolvimento religioso nos últimos doze meses* ter uma escala de resposta distinta das demais (concretamente, a questão foi formulada sob a forma de afirmação incompleta “Nos últimos doze meses, os seus interesses e envolvimento religiosos...” à qual os respondentes têm que assinalar entre 1 (Aumentaram) a 7 (Diminuíam) sendo que a escala de resposta entre 4 e 5 é para “Mantiveram-se”).

Tabela 10.

 Estatísticas relativas à consistência interna das dimensões e dos itens da *Religious Sentiments*

<i>Escala</i>	<i>Dimensão</i>	<i>Item</i>	Média	Desvio-padrão	Correlação item-total	α com exclusão do item
<i>Religious Sentiments (RS)</i>	<i>Religious Involvement</i>	1.Frequência de leitura da Bíblia/Torah/Alcorão/Geeta	3.02	2.36	.68	.84
		2.Frequência de leitura religiosa	2.99	2.25	.66	.84
		3.Quantidade de vezes que reza	5.52	2.16	.64	.84
		4.Frequência de assistência a serviços religiosos	3.44	1.19	.72	.84
		5.Ter uma relação pessoal, especial e próxima com Deus	3.25	1.20	.79	.83
		6.Experiência de união com Deus	3.34	1.28	.81	.83
		7.Grau de importância das crenças religiosas individuais	4.44	1.36	.71	.84
		8.Alteração do envolvimento religioso nos últimos doze meses	3.42	1.30	.16	.88
Secção I - Aspires	$\alpha = .86$					
	<i>Religious Crisis</i>	9.Sentir que Deus está a castigar	1.45	0.76	.63	.69
		10.Sentir-se abandonado por Deus	1.42	0.70	.72	.66
		11.Sentir-se isolado do seu grupo de fé	1.66	0.84	.60	.70
		12.Incapacidade ou não ter vontade de envolver Deus nas decisões pessoais	1.82	1.00	.42	.82
		$\alpha = .77$				

No que se refere à *Spiritual Transcendence Scale (STS)*, os seus itens correlacionam-se com a escala total entre .27 (para o item 22. *satisfação com o elogio dos outros relativamente aos êxitos que vai alcançando*, da dimensão *connectedness*) e .83 (para o item 12. *Força interior e/ou paz através das orações e/ou meditações individuais*, da *prayer fulfillment*). Quando excluído cada um dos itens, o α de Cronbach desce em relação ao do total do ASPIRES ($\alpha = .90$), com exceção da dimensão *prayer fulfillment* em cujos itens se verificou um ligeiro acréscimo, situando-se o seu α entre .91 e .92 (este último valor corresponde justamente ao α daquela dimensão). Relativamente às duas restantes dimensões, da Tabela 11 resulta que, quando excluído cada um dos itens, o α de Cronbach oscilou entre .58 (para o item 9. *Eu tenho feito determinadas coisas na minha vida por acreditar que tal teria agradado a um pai/uma mãe, a um familiar ou a um amigo já falecidos*, da dimensão *connectedness*) e .82 (para o item 13. *Apesar de existir um lado bom e um lado mau nas pessoas, eu acredito que a humanidade é basicamente má*, da dimensão *universality*), este último valor acima do verificado na respetiva dimensão, o qual foi de .80 (cf. Tabela 11).

Tabela 11

Estatísticas relativas à consistência interna das dimensões e dos itens da *Spiritual Transcendence Scale*

Escala	Dimensões	Item	Média	Desvio-padrão	Correlação item-total	α com exclusão do item	
<i>Spiritual Transcendence Scale</i> (STS) (Secção II-ASPIRES)	<i>Prayer fulfillment</i>	1.Sentimentos de plenitude ou profunda felicidade através das orações e/ou meditações individuais	3.29	1.11	.61	.92	
		2. Ligação a qualquer Ser ou Realidade Maiores	3.75	1.16	.72	.92	
		4.Meditação e/ou oração para conseguir alcançar um nível espiritual superior	3.44	1.13	.67	.92	
		8. Sentido de pertença nas orações e/ou meditações individuais	3.74	1.02	.72	.91	
		11. Espiritualidade não está no centro da vida	3.41	1.14	.64	.92	
		12. Força interior e/ou paz através das orações e/ou meditações individuais	3.87	.98	.83	.91	
		17. Meditação e/ou oração para que possa crescer como pessoa	3.76	1.05	.73	.91	
		18. A oração e/ou meditação não são apelativas	3.69	1.06	.75	.91	
		19. Sensação de apoio emocional através das orações e/ou meditações	3.84	0.89	.73	.91	
		21. Querer chegar próximo do Deus em que se acredita	3.91	1.06	.70	.92	
	$\alpha = .92$						
	<i>Universality</i>	3.Ligação individual a toda a Humanidade	3.72	0.97	.58	.77	
		5. Toda a vida está ligada entre si	3.95	0.88	.62	.76	
		6. Há uma ordem no universo que transcende a compreensão humana	4.07	0.95	.58	.77	
		13. Apesar de existir um lado bom e um lado mau nas pessoas, acreditar que a humanidade é basicamente má	3.80	0.95	.28	.82	
		15. Não há nenhum plano superior ou espiritual que ligue a humanidade	3.78	0.98	.58	.77	
		16. Apesar de ser difícil de lidar com as pessoas individualmente, há um laço emocional que liga toda a humanidade	3.72	0.90	.53	.78	
		20. Sentir que, num nível superior, todos nós partilhamos algo em comum	3.84	0.87	.62	.76	
	$\alpha = .80$						
	<i>Connectedness</i>	7. A morte põe fim aos nossos sentimentos de apego emocional ao/a outro/a	3.79	1.15	.32	.65	
		9. Eu tenho feito determinadas coisas na minha vida por acreditar que tal teria agradado a um pai/uma mãe, a um familiar ou a um amigo já falecidos	3.29	1.17	.50	.58	
10. Apesar de já falecidos, as memórias e os pensamentos de alguns dos meus familiares continuam a influenciar a vida pessoal do dia-a-dia		3.70	1.02	.54	.57		
14. Não ter qualquer laço emocional forte com alguém que tenha morrido		3.74	1.10	.43	.61		
22. Satisfação com o elogio dos outros relativamente aos êxitos que vai alcançando		3.95	0.82	.27	.66		
23. Não se importar com as expectativas que os seus entes queridos têm em relação a si		3.78	0.94	.31	.65		
$\alpha = .66$							

Análise das intercorrelações

Relativamente à *Religious Sentiments*, as suas dimensões intercorrelacionaram-se negativa e significativamente ($p < .01$), apresentando, no entanto, um valor baixo e negativo ($r = -.35$).

No que respeita às intercorrelações das dimensões da STS, as mesmas revelaram-se todas significativas ($p < .01$) e positivamente entre si, variando o valor de r entre .19 (*connectedness* e *prayer fulfillment*) e .71 (*prayer fulfillment* e *universality*). Quanto às intercorrelações entre as três dimensões e a STS, as mesmas oscilaram entre $r = .55$ (*connectedness*) e $r = .91$ (*prayer fulfillment*), cf. Tabela 12.

Tabela 12.

Coefficientes de correlação de Pearson entre as dimensões e o total da *Spiritual Transcendence Scale*

	T_STS	P	U	C
T_STS	---			
<i>Prayer fulfillment</i>	.91**	---		
<i>Universality</i>	.88**	.71**	---	
<i>Connectedness</i>	.55**	.19**	.41**	---

Legenda. T_STS-Total da *Spiritual Transcendence Scale*; P-*prayer fulfillment*; U-*universality*; C- *connectedness*.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Análise da estrutura fatorial

No que respeita à *Religious Sentiments*, testámos primeiramente a exequibilidade da Análise Fatorial Exploratória (AFE), calculando o KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*), o qual foi de .875, considerada por Kaiser (citado por Pestana & Gageiro, 2000) uma AFE Boa. O Teste de esfericidade de Bartlett revelou, igualmente, a adequabilidade da AFE, com um valor significativo [$\chi^2 (88) = 3655.578, p < .001$], indiciando correlações significativas entre as variáveis.

A AFE em componentes principais, seguida de rotação varimax com normalização Kaiser, da *Religious Sentiments*, evidenciou uma estrutura fatorial com três fatores, explicativa de 69.7% da variância. Após a rotação, o item 8. *Alteração do envolvimento religioso nos últimos doze meses* saía fora do respetivo domínio, constituindo ele próprio um fator isolado.

Forçada a dois fatores, a AFE em componentes principais, normalização Kaiser, seguida de rotação varimax, fez emergir uma estrutura fatorial que explicou 61.2% da variância; após a rotação, as saturações no fator um, com valor próprio de 5.19, e a explicar 43.25% da variância, oscilaram entre .71 (para o item 2. *Com que frequência lê literatura religiosa para além da Bíblia/Torah/Alcorão/Geeta?*) e .88 (para os itens 5. *Em que medida tem uma relação pessoal, especial e próxima com Deus?* e 6. *Tem vivenciado uma união com Deus ou sentido um crescimento espiritual?*).

No fator dois, os coeficientes variaram entre .48 (para o item 12. *Sinto-me incapaz ou sem vontade de envolver Deus nas decisões que tomo na minha vida*) e .88 (para os itens 10. *Sinto que Deus me abandonou* e 9. *Sinto que Deus me está a castigar*). De salientar que o item 12. *Sinto-me incapaz ou sem vontade de envolver Deus nas decisões que tomo na minha vida*, que saturou com .48 neste segundo fator, apresentou uma saturação negativa de -.51 no fator um. O item 8. *Nos últimos doze meses, os seus interesses e envolvimentos religiosos não apresentou saturação em quaisquer dos fatores* (cf. Tabela 13).

Tabela 13

Análise fatorial da *Religious Sentiments* após rotação varimax, normalização Kaiser forçada a dois fatores

Item	fatores		Comunalidade s
	1	2	
5. Em que medida tem uma relação pessoal, especial e próxima com Deus?	.88	-.11	.79
6. Tem vivenciado uma união com Deus ou sentido um crescimento espiritual?	.88	-.14	.79
7. Em que medida as suas crenças religiosas são importantes para si?	.82	-.01	.69
4. Com que frequência assiste a serviços religiosos?	.80	-.08	.64
3. Com que frequência é que reza?	.78	-.049	.62
1. Com que frequência lê a Bíblia/Torah/Alcorão/Geeta?	.74	-.10	.56
2. Com que frequência lê literatura religiosa para além da Bíblia/Torah/Alcorão/Geeta?	.71	-.11	.52
12. Sinto-me incapaz ou sem vontade de envolver Deus nas decisões que tomo na minha vida.	-.51	.48	.48
8. Nos últimos doze meses, os seus interesses e envolvimentos religiosos...	.16	-.15	.05
10. Sinto que Deus me abandonou.	-.14	.88	.80
9. Sinto que Deus me está a castigar	.01	.88	.77
11. Sinto-me isolado em relação às outras pessoas do meu grupo de fé.	-.05	.80	.65
Valor próprio	5.19	2.15	
% da variância	43.25	17.93	

Legenda. Apresentam-se a negrito as saturações superiores a .40

Quanto à *Spiritual Transcendence Scale* (STS), testámos, igualmente, a exequibilidade da Análise Fatorial Exploratória (AFE) calculando o KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*), o qual foi de .925, considerado por Kaiser (citado por Pestana & Gageiro, 2000) como sendo uma AFE Muito Boa. O Teste de esfericidade de Bartlett revelou, igualmente, a adequabilidade da AFE, com um valor significativo [$\chi^2(253) = 6004.808, p < .001$], indiciando correlações significativas entre as variáveis.

A AFE em componentes principais, seguida de rotação varimax, normalização Kaiser, da STS, evidenciou uma estrutura fatorial com cinco fatores, explicativa de 63.0% da variância, com valores próprios superiores a um.

Restringindo a análise a três fatores, emergiu uma estrutura conceptualmente mais interpretável, explicativa de 53.5% da variância, com o fator um a explicar 36.9% da variância total. Esse fator, com valor próprio de 8.49, apresentou saturações que oscilaram entre .45 (para o item 5. *Toda a vida está ligada entre si*) e .85 (para o item 12. *Sinto força interior e/ou paz através das minhas orações e/ou meditações*), cf. Tabela 14.

O fator dois, por sua vez, demonstrou saturações entre .51 (no item 14. *Não tenho qualquer laço emocional forte com alguém que tenha morrido*) e .76 (no item 9. *Eu tenho feito determinadas coisas na minha vida por acreditar que tal teria agradado a um pai/uma mãe, a um familiar ou a um amigo já falecidos*).

O fator três revelou saturações que variaram entre .54 (no item 23. *Não me importo com as expectativas que os meus entes queridos têm em relação a mim*) e .72 (no item 13. *Apesar de existir um lado bom e um lado mau nas pessoas. eu acredito que a humanidade é basicamente má*).

O item 22. *O elogio dos outros relativamente aos êxitos que vou alcançando dá-me uma profunda satisfação* não saturou em qualquer fator; o item 14. *Não tenho qualquer laço emocional forte com alguém que tenha morrido* saturou com .45 no fator três e com .51 no fator dois; o item 6. *Há uma ordem no universo que transcende a compreensão humana* saturou com .55 no fator um e com .41 no fator dois.

Comparativamente ao instrumento de medida original (Piedmont, 2004), o fator um, no nosso estudo, compreende todos os itens da dimensão *prayer fulfillment* (correspondendo ao primeiro fator da STS) e seis dos itens da dimensão *universality*; o

fator dois compreende um dos itens da dimensão *Universality* (item 6. *Há uma ordem no universo que transcende a compreensão humana*, que saturou, também, no nosso estudo, como vimos, no fator um) e quatro itens da dimensão *connectedness*; o fator três integra, no nosso estudo, um item da dimensão *universality* (o item 23. *Não me importo com as expectativas que os meus entes queridos têm em relação a mim*) e dois itens da dimensão *connectedness* (um dos quais – o item 14. *Não tenho qualquer laço emocional forte com alguém que tenha morrido* – saturou, como referido, quer no fator dois, quer neste último fator) e um item da dimensão *universality* (o item 13. *Apesar de existir um lado bom e um lado mau nas pessoas. eu acredito que a humanidade é basicamente má*).

Tabela 14

Análise fatorial da *Spiritual Transcendence Scale* após rotação varimax, normalização Kaiser forçada a dois fatores

Item	Fatores			Comunalidades
	1	2	3	
12. Sinto força interior e/ou paz através das minhas orações e/ou meditações	.85	.01	-.04	.74
18. A oração e/ou meditação não são apelativas para mim	.78	.02	.14	.64
19. As minhas orações e/ou meditações facultam-me uma sensação de apoio emocional	.78	.19	-.11	.65
17. Eu medito e/ou rezo para que possa crescer como pessoa	.78	.20	-.09	.64
8. No silêncio das minhas orações e/ou meditações eu encontro um sentido de pertença	.76	.21	-.03	.64
21. Quero chegar próximo do Deus em que eu acredito	.76	.11	.03	.60
2. Não me sinto ligado a qualquer Ser ou Realidade Maiores	.75	-.08	.30	.70
4. Eu medito e/ou rezo para conseguir alcançar um nível espiritual superior	.74	.16	-.02	.60
11. A Espiritualidade não está no centro da minha vida	.71	-.06	.23	.58
20. Sinto que, num nível superior, todos nós partilhámos algo em comum	.67	.35	.07	.58
1. Não tenho experimentado sentimentos de plenitude ou profunda felicidade através das minhas orações e/ou meditações	.67	-.25	.23	.62
3. Não acredito que, a algum nível, a minha vida esteja intimamente ligada a toda a humanidade	.62	-.03	.43	.57
15. Não há nenhum plano superior ou espiritual que ligue a humanidade	.55	.20	.46	.57
6. Há uma ordem no universo que transcende a compreensão humana	.55	.41	.05	.60
16. Apesar de ser difícil de lidar com as pessoas individualmente, há um laço emocional que liga toda a humanidade	.51	.37	.05	.40
5. Toda a vida está ligada entre si	.45	.41	.21	.67
9. Eu tenho feito determinadas coisas na minha vida por acreditar que tal teria agradado a um pai/uma mãe, a um familiar ou a um amigo já falecidos	.09	.76	-.04	.67
10. Apesar de já falecidos, as memórias e os pensamentos de alguns dos meus familiares continuam a influenciar a minha vida do dia-a-dia	-.01	.74	.19	.68
7. A morte põe fim aos nossos sentimentos de apego emocional ao/a outro/a	.29	.52	.04	.36
14. Não tenho qualquer laço emocional forte com alguém que tenha morrido	-.13	.51	.45	.65

22. O elogio dos outros relativamente aos êxitos que vou alcançando dá-me uma profunda satisfação	.07	.33	.30	.24
13. Apesar de existir um lado bom e um lado mau nas pessoas, eu acredito que a humanidade é basicamente má	.14	-.01	.72	.57
23. Não me importo com as expectativas que os meus entes queridos têm em relação a mim.	-.05	.29	.54	.46
Valor próprio	8.49	2.40	1.42	
% da variância	36.93	10.43	6.17	

Legenda. Apresentam-se a negrito as saturações superiores a .40

Estudo 6. AGE UNIVERSAL I/E Scale-12

A AGE UNIVERSAL I-E Scale-12 (Gorsuch & Venable, 1983; Maltby, 1999a) deriva da escala original de Alport e Ross, datada de 1967, conhecida por ROS – *Religious Orientation Scales*. Esta foi sendo revista e reformulada, numa tentativa de melhorar alguns aspetos, designadamente ao nível das suas propriedades psicométricas, do seu público-alvo e no sentido de dar resposta a um conjunto de críticas que foram sendo feitas, ao longo do tempo, tal como pormenorizadamente descrito por Maltby (1999a; 2002) e, mais recentemente, por Etchezahar (2013).

Trata-se de uma escala tipo Likert, com apenas três opções de resposta, em que 1 = Não; 2 = Talvez; e 3 = Sim. Pretende avaliar a orientação religiosa dos indivíduos, sendo constituída por 12 itens, distribuídos por três dimensões/subescalas: (1) *orientação religiosa intrínseca* (os seis primeiros itens); (2) *orientação religiosa extrínseca pessoal* (tês itens); e (3) *orientação religiosa extrínseca social* (três itens).

A novidade da reformulação feita por Maltby (1999a) consiste sobretudo no facto de a escala poder ser aplicável a distintos indivíduos que possam compor a amostra, desde adultos a crianças em idade escolar, de pessoas ditas “religiosas” mas, também, de indivíduos “não religiosos” (Maltby, 1999a; 2002).

Mais recentemente, no estudo de Etchezahar (2013), as várias dimensões de orientação religiosa, apresentaram bons índices de consistência interna, com um $\alpha = .79$ para a orientação religiosa extrínseca social; $\alpha = .87$ para a orientação religiosa extrínseca pessoal; e $\alpha = .88$ para a orientação religiosa intrínseca. A Análise Fatorial Exploratória por componentes principais com três fatores evidenciou, nesse estudo, o modelo inicial, apresentando uma variância total de 70.3%, valor este distribuído desta forma: 28.8% para a orientação religiosa intrínseca; 22.7% para a orientação religiosa

extrínseca pessoal e 18.8% para a orientação religiosa extrínseca social (Etchezahar, 2013).

Na Tabela 15 apresentamos as estatísticas descritivas do nosso estudo, relativas à *AGE UNIVERSAL I-E Scale-12*. A média variou entre 1.12 (DP = 0.37) para o item 10. *Vou à Igreja essencialmente para passar algum tempo com os meus amigos* da dimensão orientação religiosa extrínseca social e 2.45 (DP = 0.75) para o item 3. *É importante para mim despender tempo, em privado, com os meus pensamentos e com a oração* da dimensão orientação religiosa intrínseca.

Podemos verificar da Tabela 15 que onde as médias se revelaram mais baixas foi na dimensão da orientação religiosa extrínseca social, variando abaixo da média da escala, entre 1.12 (DP = 0.37) e 1.18 (DP = 0.48).

Análise da consistência interna

Os coeficientes de fidelidade foram calculados, no nosso estudo, para o total da escala, sendo de .87 para o conjunto dos 12 itens que a compõem.

O α de Cronbach foi de .91 para a orientação religiosa intrínseca; de .80 para a orientação religiosa extrínseca pessoal; e de .77 para a orientação religiosa extrínseca social.

Ao nível da correlação de cada item com o total da escala, o α de Cronbach variou entre .14 para o item 10. *Vou à Igreja essencialmente para passar algum tempo com os meus amigos* (da dimensão orientação religiosa extrínseca social) e .78, para o item 6. *A minha Religião é importante porque responde a muitas das questões sobre o sentido da vida* (da dimensão orientação religiosa intrínseca). Podemos constatar da Tabela 15 que a dimensão orientação religiosa extrínseca social foi a que revelou índices mais baixos, entre um valor de $\alpha = .14$ (item 10. *Vou à Igreja essencialmente para passar algum tempo com os meus amigos*) e $\alpha = .22$ (item 11. *Vou à Igreja porque me ajuda a fazer amigos*).

Quando excluído cada item o α de Cronbach diminui, variando entre .67 para os itens 11. *Vou à Igreja porque me ajuda a fazer amigos* e 12. *Vou à Igreja principalmente porque gosto de ver as pessoas que lá conheço* (ambos da dimensão orientação religiosa extrínseca social) e .90 (para os quatro primeiros itens da orientação religiosa intrínseca), cf. Tabela 15.

Tabela 15

Estatísticas relativas à consistência interna das dimensões e itens da AGE UNIVERSAL I-E Scale 12

Dimensão	Item	Média	Desvio-padrão	Correlação item-total	α com exclusão do item
Orientação religiosa intrínseca	1. Eu gosto de ler sobre a minha Religião.	2.42	0.75	.69	.90
	2. Toda a minha maneira de ver a vida está baseada na minha Religião	2.01	0.82	.68	.90
	3. É importante para mim despende tempo, em privado, com os meus pensamentos e com a oração.	2.45	0.75	.66	.90
	4. Tive muitas vezes uma sensação forte da presença de Deus	2.31	0.78	.68	.90
	5. Esforço-me muito por viver toda a minha vida de acordo com as minhas crenças religiosas	2.31	0.79	.75	.89
	6. A minha Religião é importante porque responde a muitas das questões sobre o sentido da vida	2.36	0.77	.78	.89
$\alpha = .91$					
Orientação religiosa extrínseca pessoal	7. Eu rezo essencialmente para obter alívio e proteção	2.11	0.83	.57	.70
	8. O que a Religião mais me oferece é o conforto em tempos difíceis e de dor	2.10	0.81	.54	.69
	9. A oração é para alcançar a paz e a felicidade	2.33	0.74	.61	.77
$\alpha = .80$					
Orientação religiosa extrínseca social	10. Vou à Igreja essencialmente para passar algum tempo com os meus amigos	1.12	0.37	.14	.72
	11. Vou à Igreja porque me ajuda a fazer amigos	1.17	0.44	.22	.67
	12. Vou à Igreja principalmente porque gosto de ver as pessoas que lá conheço	1.18	0.48	.20	.67
$\alpha = .77$					

Análise das intercorrelações

Da análise da Tabela 16 verifica-se que as intercorrelações se revelaram significativas ($p < .01$) e positivas entre as três dimensões, variando entre um valor considerado baixo ($r = .11$) para a intercorrelação orientação religiosa extrínseca social e orientação religiosa intrínseca e um valor moderado ($r = .57$), para a correlação entre a orientação religiosa extrínseca pessoal e a orientação religiosa intrínseca. No que se refere às intercorrelações das dimensões com o total da escala, as mesmas revelaram-se igualmente positivas e significativas ($p < .01$), oscilando entre um valor considerado baixo ($r = .32$) para a orientação religiosa extrínseca social e um valor muito alto ($r = .93$) para a orientação religiosa intrínseca (cf. Pestana & Gageiro, 2000).

Tabela 16.

Coeficientes de correlação de Pearson entre as dimensões e o total da *AGE UNIVERSAL I-E Scale 12*

	T_AGE	OI	OEP	OES
T_AGE UNIVERSAL	---			
Orientação religiosa intrínseca	.93**	---		
Orientação religiosa extrínseca pessoal	.78**	.57**	---	
Orientação religiosa extrínseca social	.32**	.11**	.14**	---

Legenda. T_AGE-Total da *AGE UNIVERSAL I-E Scale 12*; OI-orientação religiosa intrínseca; OEP-orientação religiosa extrínseca pessoal; OES-orientação religiosa extrínseca Social.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Análise da estrutura fatorial

A Análise Fatorial Exploratória (AFE) da *AGE UNIVERSAL I-E Scale-12* tornou-se exequível calculando o KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*), o qual foi de .892. Este valor atestou a adequabilidade da AFE, considerando-se a mesma, segundo Kaiser (citado por Pestana & Gageiro, 2000), como Boa. O Teste de esferecidade de Bartlett resultou num valor significativo [$\chi^2(276) = 3352.332, p < .001$], mostrando que existe uma correlação significativa entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2000).

Levamos, por isso, a efeito uma AFE em componentes principais, com a rotação varimax, normalização Kaiser, a qual resultou em três fatores que explicaram 69.7% da variância, com valores próprios superiores a um.

O fator um, com valor próprio 5.18 e explicando 43.17% da variância, é constituído por seis itens com saturações que variaram entre .41 (no item 9. *A oração é para alcançar a paz e a felicidade*) e .82 (nos itens 5. *Esforço-me muito por viver toda a minha vida de acordo com as minhas crenças religiosas* e 6. *A minha Religião é importante porque responde a muitas das questões sobre o sentido da vida*).

O fator dois, com valor próprio de 2.00, é constituído por três itens e apresenta saturações que variaram entre .68 (no item 9. *A oração é para alcançar a paz e a felicidade*, que saturou também, como vimos, no fator um) e .85 (no item 8. *O que a Religião mais me oferece é o conforto em tempos difíceis e de dor*).

O fator três, com valor próprio de 1.18, é constituído por três itens e apresenta saturações que variaram entre .82 (dois itens) e .83 (um item), cf. Tabela 17.

A estrutura fatorial do nosso estudo (cf. Tabela 17) coincide com a encontrada na versão original da *AGE UNIVERSAL I-E Scale 12* (Maltby, 1999a; 2002) e, mais recentemente, por Etchezahar (2013).

Tabela17

Análise da estrutura fatorial da *AGE UNIVERSAL I-E Scale-12* após rotação varimax, normalização Kaiser

Item	Fatores			Comunalidades
	1	2	3	
6. A minha Religião é importante porque responde a muitas das questões sobre o sentido da vida.	.82	.30	.05	.77
5. Esforço-me muito por viver toda a minha vida de acordo com as minhas crenças religiosas.	.82	.26	.03	.74
1. Eu gosto de ler sobre a minha Religião.	.81	.16	.09	.68
4. Tive muitas vezes uma sensação forte da presença de Deus.	.80	.19	.03	.67
3. É importante para mim despende tempo, em privado, com os meus pensamentos e com a oração.	.79	.19	-.04	.66
2. Toda a minha maneira de ver a vida está baseada na minha Religião.	.79	.18	.07	.66
8. O que a Religião mais me oferece é o conforto em tempos difíceis e de dor.	.21	.85	.06	.77
7. Eu rezo essencialmente para obter alívio e proteção.	.25	.83	.07	.75
9. A oração é para alcançar a paz e a felicidade.	.41	.68	.03	.63
12. Vou à Igreja principalmente porque gosto de ver as pessoas que lá conheço.	.07	.05	.83	.69
10. Vou à Igreja essencialmente para passar algum tempo com os meus amigos.	.00	-.00	.82	.67
11. Vou à Igreja porque me ajuda a fazer amigos.	.05	.01	.82	.68
Valor próprio	5.18	2.00	1.18	
% da variância	43.17	16.66	9.86	

Legenda. Apresentam-se a negrito as saturações superiores a .40

Estudo 7. *Multi-Faith Religious Support Scale (MFRSS)*

Fiala et al. (2002) desenvolveram, primeiramente, a *Religious Support Scale (RSS)* para aferir a perceção do suporte de Deus, do líder religioso e da comunidade religiosa. Este trabalho apresentou como limitação o facto de ter como amostra apenas indivíduos Protestantes, pelo que aqueles autores sugeriram, no seu estudo (Fiala et al., 2002), uma alteração àquela escala para que a mesma pudesse

contemplar, igualmente, outras Religiões ou tradições de fé/crenças religiosas, que não apenas a Cristã.

Consequentemente, Bjorck e Maslim (2011) desenvolveram a *Multi-Faith Religious Social Support* (MFRSS), mantendo os aspetos que consideraram serem comuns a várias tradições de fé – a comunidade religiosa, o líder religioso e um conceito de Deus – mas optando por uma linguagem mais genérica que pudesse ir ao encontro da multiplicidade de crenças/Fé/tradições religiosas.

A MFRSS é uma escala tipo Likert, com opções de resposta de 1 (Discordo Muito) a 5 (Concordo Muito), que foi construída tendo presente a discussão e sugestões prévias de grupos focais (Bjorck & Maslim, 2011). É constituída por 21 itens distribuídos por três dimensões/subescalas: (1) suporte de Deus; (2) suporte do líder religioso; e (3) suporte dos participantes do grupo religioso (também designada por suporte dos participantes, suporte dos participantes do grupo religioso ou suporte da comunidade religiosa, expressões que utilizaremos, indistintamente, porque sinónimas).

A MFRSS tem, ainda, cinco questões iniciais prévias cuja resposta é “Sim/Não” destinadas a uma caracterização dos sujeitos respondentes relativamente às suas crenças religiosas e/ou participação em alguma comunidade religiosa, bem como à existência, ou não, de um líder religioso nessa comunidade.

No estudo de Bjorck e Maslim (2011), as Análises Fatoriais – a Exploratória e a Confirmatória - evidenciaram a existência dos três fatores indo, assim, no mesmo sentido do estudo original da *Religious Support Scale* (RSS) de Fiala et al. (2002).

As três dimensões que emergiram naquele estudo – suporte de Deus, suporte do líder religioso e suporte dos participantes - revelaram bons índices de consistência interna, apresentando um α de Cronbach que oscilou entre .77 (suporte de Deus) e .94 (suporte do líder religioso), tendo o suporte dos participantes do grupo religioso apresentado um índice de .93, valores próximos dos apresentados da RSS (Bjorck & Maslim, 2011; Fiala et al., 2002).

Todas as dimensões se correlacionaram, no referido estudo (Bjorck & Maslim, 2011), significativamente entre si ($p < .01$), variando entre .32 (suporte dos participantes do grupo religioso e suporte de Deus) e .79 (suporte dos participantes do grupo religioso e suporte do líder religioso).

Na Tabela 18 apresentamos as estatísticas descritivas do nosso estudo, relativas à MFRSS. Aí podemos verificar que as pontuações médias dos 21 itens variam entre 3.10 (DP = 1.09) para o item 20. *Sinto-me apreciado pelos meus líderes religiosos* e 3.97 para os itens 9. *Se algo corresse mal sinto que poderia pedir ajuda a Deus* e 21. *Não me sinto próximo de Deus*, respetivamente com um DP = 1.12 e um DP = 1.03.

Análise da consistência interna

Os coeficientes de fidelidade foram calculados, no nosso estudo, para o total da escala, bem como para cada uma das suas dimensões. O coeficiente de α para o conjunto dos 21 itens foi de .97. Relativamente às três dimensões da MFRSS, o valor do α de Cronbach foi de .94 para o suporte de Deus, de .93 para o suporte do líder religioso e de .92 para o suporte dos participantes do grupo religioso, de onde se conclui que a MFRSS demonstrou ter excelentes índices de consistência interna (Pestana & Gageiro, 2008).

Cada item correlaciona-se com o total da escala em valores que oscilaram entre um valor muito baixo (.15) para o item 7. *Não me sinto próximo/a dos outros participantes no meu grupo religioso* (da dimensão suporte dos participantes) e o valor de .90 para os itens 11. *Os meus líderes religiosos preocupam-se com a minha vida e com a minha situação* e 17. *Os meus líderes religiosos fazem-me sentir que pertenço ao grupo*.

Quando excluído cada um dos itens, os valores α de Cronbach, na sua maioria, diminuem, variando entre .90 (nos últimos quatro itens da dimensão suporte dos participantes e três dos itens do suporte do líder religioso) e .96 (item 4. *Os outros participantes no meu grupo religioso preocupam-se com a minha vida e com a minha situação*). Os itens 7. *Não me sinto próximo/a dos outros participantes no meu grupo religioso* e 14. *Não me sinto próximo dos meus líderes religiosos*) mantiveram um α de Cronbach igual ao da escala total (cf. Tabela 18).

Tabela 18

Estatísticas relativas à consistência interna das dimensões e itens da MFRSS

Dimensão	Item	Média	Desvio-padrão	Correlação item-total	α com exclusão do item
Suporte de Deus	3. Sinto como se pertencesse a Deus	3.56	1.18	.86	.92
	6. Sinto como se Deus me apreciasse como Seu/Sua Servo/a	3.35	1.21	.78	.93
	9. Se algo corresse mal sinto que poderia pedir ajuda a Deus	3.97	1.12	.86	.92
	12. Sinto como se tivesse valor aos olhos de Deus	3.66	1.14	.87	.92
	15. Posso recorrer a Deus pedindo-lhe conselho quando tenho problemas	3.83	1.12	.84	.93
	18. Sinto como se Deus cuidasse da minha vida e da minha situação	3.69	1.18	.88	.93
	21. Não me sinto próximo de Deus	3.97	1.03	.50	.95
				$\alpha = .94$	
Suporte do líder religioso	2. Se algo corresse mal os meus líderes religiosos prestar-me-iam apoio	3.32	1.16	.85	.91
	5. Tenho valor aos olhos dos meus líderes religiosos	3.13	1.15	.89	.90
	8. Posso recorrer aos meus líderes religiosos, pedindo-lhes conselho quando tenho problemas	3.40	1.19	.84	.91
	11. Os meus líderes religiosos preocupam-se com a minha vida e com a minha situação	3.11	1.14	.90	.90
	14. Não me sinto próximo dos meus líderes religiosos	3.41	1.12	.19	.97
	17. Os meus líderes religiosos fazem-me sentir que pertença ao grupo	3.28	1.13	.90	.90
	20. Sinto-me apreciado pelos meus líderes religiosos	3.10	1.09	.88	.91
				$\alpha = .93$	
Suporte dos participantes do grupo religioso/Comunidade religiosa	1. Posso recorrer aos outros participantes no meu grupo religioso pedindo-lhes conselho quando tenho problemas.	3.35	1.24	.82	.91
	4. Os outros participantes no meu grupo religioso preocupam-se com a minha vida e com a minha situação	3.15	1.13	.86	.96
	7. Não me sinto próximo/a dos outros participantes no meu grupo religioso	3.58	1.09	.15	.97
	10. Os outros participantes no meu grupo religioso fazem-me sentir que pertença ao grupo	3.35	1.18	.89	.90
	13. Sinto-me apreciado pelos outros participantes no meu grupo religioso	3.16	1.01	.89	.90
	16. Se algo corresse mal, os outros participantes no meu grupo religioso prestar-me-iam apoio	3.32	1.09	.89	.90
	19. Tenho valor aos olhos dos outros participantes no meu grupo religioso	3.24	1.06	.88	.90
				$\alpha = .92$	

Análise das intercorrelações

Da Tabela 19 que nos mostra as intercorrelações entre as dimensões da MFRSS, e destas com o total da mesma, podemos verificar que os coeficientes de correlação são todos positivos e estatisticamente significativos ($p < .01$).

As correlações mais elevadas verificaram-se entre o suporte dos participantes do grupo religioso e o suporte do líder religioso ($r = .93$) e entre o suporte do líder religioso e o suporte de Deus ($r = .72$).

No que concerne às correlações entre as dimensões e o total da MFRSS, as mesmas revelaram-se todas elevadas.

Comparativamente ao estudo inicial de Bjorck e Maslim (2011), o nosso estudo tem em comum o facto de as correlações entre o suporte dos participantes do grupo religioso e o suporte do líder religioso serem as que se destacam, no entanto no nosso estudo com um valor superior ($r = .93$) ao verificado naquele estudo que apresentou um $r = .79$. Também em relação às restantes intercorrelações, os valores apresentados no nosso estudo foram superiores na medida em que a intercorrelação do suporte do líder religioso com o suporte de Deus apresentou, naquele estudo, um $r = .35$, ao passo que no nosso estudo revelou um $r = .72$ e a intercorrelação do suporte de Deus com o suporte dos participantes resultou, no referido estudo, num $r = .32$, enquanto nosso estudo essa intercorrelação obteve um $r = .68$.

Tabela 19

Coefficientes de correlação de Pearson entre as dimensões e o total da MFRSS

dimensões	T_MFRSS	SD	SLR	SP
T_MFRSS	---			
Suporte de Deus	.87**	---		
Suporte do líder religioso	.96**	.72**	---	
Suporte dos participantes/comunidade religiosa	.94**	.68**	.93**	---

Legenda.T_MFRSS-Total da *Multi Faith Religious Support Scale*; SD-suporte de Deus; SLR-suporte do líder religioso; SP-suporte dos participantes.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Análise da estrutura fatorial

Calculámos o KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*) para aferir da viabilidade, ou não, da Análise Fatorial Exploratória (AFE) da MFRSS, o qual apresentou um valor de .936, situando-se no que Kaiser (citado por Pestana & Gageiro, 2000) considera ser uma AFE Muito Boa. Realizado o Teste de esfericidade de Bartlet, o mesmo revelou a adequabilidade da AFE, apresentando-se com um valor significativo [$X^2(325) = 4944.790, p < .001$], evidenciando que existe uma correlação significativa entre as variáveis.

A AFE em componentes principais, seguida de rotação varimax, normalização Kaiser, mostrou uma estrutura fatorial com três fatores, explicativa de 81.2% da variância, com o fator um a apresentar um valor próprio de 13.39 e a explicar 63.7% da variância total.

O fator um apresentou saturações que variaram entre .41 (no item 18. *Sinto como se Deus cuidasse da minha vida e da minha situação*) e .88 (no item 16. *Se algo corresse mal os outros participantes no meu grupo religioso prestar-me-iam apoio*).

No fator dois emergiram saturações entre .58 (para o item 21. *Não me sinto próximo de Deus*) e .83 (para os itens 9. *Se algo corresse mal sinto que poderia pedir ajuda a Deus*). Aquele primeiro item saturou, também, no fator três com .60. Por sua vez, o item 3. *Sinto como se pertencesse a Deus* apresentou saturações quer no fator dois (com .77), quer no fator um (com .46). O mesmo sucedeu com o item 6. *Sinto como se Deus me apreciasse como Seu/Sua Servo/a*, cuja saturação se verificou no fator dois com .72 e no fator um com .44. O item 18. *Sinto como se Deus cuidasse da minha vida e da minha situação*, que saturou, como vimos, no fator um, viria a apresentar, igualmente, uma saturação no fator dois, aqui com .82.

No fator três sobrevieram três itens, cujas saturações oscilaram entre .60 (para o item 21. *Não me sinto próximo de Deus*) e .86 (para o item 14. *Não me sinto próximo dos meus líderes religiosos*)

Comparativamente às dimensões/fatores originais, no nosso estudo o fator um integrou oito itens do suporte do líder religioso, quatro itens do suporte dos participantes do grupo religioso e, ainda, três itens do suporte de Deus. Por seu turno, o fator dois englobou todos os itens da dimensão suporte de Deus. Quanto ao fator três, o mesmo veio a agrupar um item de cada uma das três dimensões originais (dois desses itens saturaram apenas neste fator - os itens 14. *Não me sinto próximo dos meus líderes religiosos* e 7. *Não me sinto próximo/a dos outros participantes no meu grupo religioso* - e um deles, referente ao suporte de Deus (o item 21. *Não me sinto próximo de Deus* saturou, quer no fator três (com .60), quer no fator dois (com .58). Embora respeitantes a três dimensões separáveis, curiosamente, estes itens têm em comum o facto de estarem formulados pela negativa, cf. Tabela 20).

Tabela 20.

Estrutura fatorial da MFRSS após rotação varimax, com normalização Kaiser

Item	Fatores			Comunalidades
	1	2	3	
4. Os outros participantes no meu grupo religioso preocupam-se com a minha vida e com a minha situação	.87	.22	.11	.82
16. Se algo corresse mal os outros participantes no meu grupo religioso prestar-me-iam apoio	.88	.32	.05	.87
13. Sinto-me apreciado pelos outros participantes no meu grupo religioso	.86	.31	.11	.86
17. Os meus líderes religiosos fazem-me sentir que pertenço ao grupo	.87	.35	.06	.88
19. Tenho valor aos olhos dos outros participantes no meu grupo religioso	.86	.34	.10	.86
11. Os meus líderes religiosos preocupam-se com a minha vida e com a minha situação	.86	.33	.08	.85
10. Os outros participantes no meu grupo religioso fazem-me sentir que pertenço ao grupo	.86	.34	.08	.86
20. Sinto-me apreciado pelos meus líderes religiosos	.84	.34	.12	.83
5. Tenho valor aos olhos dos meus líderes religiosos	.84	.35	.12	.84
2. Se algo corresse mal os meus líderes religiosos prestar-me-iam apoio	.82	.33	.05	.80
1. Posso recorrer aos outros participantes no meu grupo religioso pedindo-lhes conselho quando tenho problemas	.81	.29	.07	.75
08. Posso recorrer aos meus líderes religiosos, pedindo-lhes conselho quando tenho problemas	.82	.38	-.00	.82
14. Não me sinto próximo dos meus líderes religiosos	.12	.03	.86	.75
7. Não me sinto próximo/a dos outros participantes no meu grupo religioso	.10	-.07	.85	.73
9. Se algo corresse mal sinto que poderia pedir ajuda a Deus	.38	.83	-.02	.84
18. Sinto como se Deus cuidasse da minha vida e da minha situação	.41	.82	.07	.85
15. Posso recorrer a Deus pedindo-lhe conselho quando tenho problemas	.34	.82	.03	.79
12. Sinto como se tivesse valor aos olhos de Deus	.39	.82	.04	.83
3. Sinto como se pertencesse a Deus	.46	.77	.04	.82
6. Sinto como se Deus me apreciasse como Seu/Sua Servo/a	.44	.72	-.01	.71
21. Não me sinto próximo de Deus	.05	.58	.60	.70
Valor próprio	13.39	1.91	1.76	
% da variância	63.74	9.08	8.40	

Legenda. Apresentam-se a negrito as saturações superiores a .40.

Estudo 8. *Big Five Inventory* (BFI)

O *Big Five Inventory* (BFI) (John, Donahue, & Kentle, 1991; John, Naumann, & Soto, 2008; Soto & John, 2009) é uma escala tipo Likert, de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente), constituída por 44 itens que foi concebida para avaliar, de uma forma simples e rápida, os cinco traços de personalidade considerados consensuais no meio académico: extroversão, amabilidade, conscienciosidade, neuroticismo e abertura à experiência. Com frases curtas e de fácil compreensão, o BFI pretende aferir

de uma forma mais genérica esses cinco traços, tendo aplicabilidade em estudos em que não se afigure necessário diferenciá-los pormenorizadamente (John et al., 2008).

Conforme demonstrado por esses autores, o BFI apresentou uma validade convergente que não difere muito de outras escalas que permitem avaliar os cinco fatores da personalidade, designadamente a *Trait Descriptive Adjectives* (TDA) de Golberg (1992) e o *NEO Five-factor Inventory* (NEO-FFI) de Costa e McCrae (1989).

No estudo inicial, o BFI revelou ter bons índices de consistência interna, apresentando um α de Cronbach total de .80 e entre .79 (amabilidade) e .87 (neuroticismo). Esses coeficientes são próximos dos que foram apresentados para aqueles outros instrumentos de medida (para uma comparação mais detalhada com a TDA de Goberg e com o NEO-FFI de Costa e McCrae veja-se John et al., 2008).

Na Tabela 21 apresentamos as estatísticas descritivas do nosso estudo, relativas ao BFI. As médias dos diversos itens oscilaram entre 2.12 (DP = 1.11) para o item 4. *É deprimido(a), triste* (do neuroticismo) e 4.46 (DP = 0.70) para o item 22. *Geralmente é de confiança* (da amabilidade).

Análise da consistência interna

Os coeficientes de fidelidade foram calculados, no nosso estudo, para o total do BFI e para cada uma das suas dimensões/traços de personalidade, apresentando, respetivamente um α de Cronbach de .81 para o total dos 44 itens e variando entre .68 para a amabilidade e .81 para a abertura à experiência, índices bastante aceitáveis.

Cada item correlacionou-se com o total da escala em valores que oscilaram entre .23 para o item 3. *Faz um trabalho exaustivo* (da conscienciosidade) e .63 para o item 20. *Tem uma imaginação ativa* (da extroversão).

Quando excluído cada item, os valores α de Cronbach em geral diminuem, variando entre .64 para os itens 27. *Pode ser frio(a) e indiferente* e 37. *Por vezes é rude para com os outros* (da amabilidade) e .80 para o item 10. *Tem curiosidade em relação a várias coisas* (da abertura à experiência). Excecionam-se os casos dos itens 41. *Tem poucos interesses artísticos* (que mantém o valor α igual ao total) e 35. *Prefere o trabalho rotineiro* (cujo valor α sobe ligeiramente), ambos da abertura à experiência). Para mais pormenores, veja-se Tabela 21.

Tabela 21.

Estatísticas relativas à consistência interna das dimensões/traços e itens do BFI

Dimensão/traço de personalidade	Item	Média	Desvio-padrão	Correlação item-total	α com exclusão do item
Extroversão	1. É falador(a)	3.44	1.14	.59	.67
	6. É reservado(a)	2.81	1.14	.51	.68
	11. Tem muita energia	3.69	0.84	.46	.70
	16. Gera muito entusiasmo	3.44	0.84	.44	.70
	21. Tende a ser sossegado(a)	2.48	1.01	.38	.71
	26. Tem uma personalidade assertiva	3.70	0.81	.25	.73
	31. Por vezes é tímido(a), inibido(a)	2.67	1.09	.41	.71
	36. É sociável, amigável	4.16	0.69	.37	.72
$\alpha = .73$					
Amabilidade	2. Tende a encontrar os defeitos dos outros	3.21	1.06	.27	.67
	7. É prestável e não inveja os outros	4.15	0.85	.36	.65
	12. Inicia muitas disputas com os outros	3.98	0.10	.31	.66
	17. Perdoa com facilidade	3.81	0.93	.34	.65
	22. Geralmente é de confiança	4.46	0.70	.39	.65
	27. Pode ser frio(a) e indiferente	3.50	1.16	.40	.64
	32. É atencioso(a) e bondoso(a) com quase toda a gente	4.14	0.71	.40	.65
	37. Por vezes é rude para com os outros	3.49	1.07	.39	.64
42. Gosta de cooperar com os outros	4.21	0.69	.39	.65	
$\alpha = .68$					
Conscienciosidade	3. Faz um trabalho exaustivo	3.43	0.97	.23	.70
	8. Por vezes pode ser um pouco descuidado(a)	2.88	1.03	.29	.69
	13. É um trabalhador(a) de confiança	4.34	0.72	.34	.68
	18. Tende a ser desorganizado(a)	3.45	1.19	.49	.65
	23. Tende a ser preguiçoso(a)	3.69	1.12	.48	.65
	28. É perseverante até a tarefa estar concluída	4.06	0.78	.46	.66
	33. Faz as coisas de modo eficaz	3.92	0.67	.46	.67
	38. Faz planos e cumpre-os	3.79	0.78	.40	.67
43. Se distrai com facilidade	3.15	1.05	.33	.69	
$\alpha = .70$					
Neuroticismo	4. É deprimido(a), triste	2.12	1.11	.42	.73
	9. É relaxado(a), lida bem com o stress	2.96	1.13	.44	.73
	14. Pode ficar tenso	3.55	0.90	.40	.73
	19. Se preocupa muito	3.86	0.88	.34	.74

	24. É emocionalmente estável, não se aborrece com facilidade	2.56	0.95	.46	.72
	29. Pode ter um humor instável	2.81	1.08	.46	.72
	34. Permanece calmo(a) em situações tensas	2.68	0.99	.46	.72
	39. Fica nervoso(a) facilmente	3.07	1.06	.57	.70
$\alpha = .75$					
Abertura à experiência	5. É original, tem sempre novas ideias	3.40	0.90	.52	.78
	10. Tem curiosidade em relação a várias coisas	4.15	0.75	.44	.80
	15. É engenhoso(a), um(a) pensador(a) profundo	3.50	0.91	.54	.78
	20. Tem uma imaginação ativa	3.76	0.81	.63	.78
	25. É inventivo(a)	3.43	0.95	.55	.78
	30. Valoriza experiências artísticas, estéticas	3.93	0.92	.57	.78
	35. Prefere o trabalho rotineiro	3.31	1.05	.26	.82
	40. Gosta de refletir, brincar com as ideias	3.87	0.81	.50	.79
	41. Tem poucos interesses artísticos	3.60	1.10	.36	.81
	44. É sofisticado(a) na arte, música ou literatura	3.15	1.03	.54	.78
$\alpha = .81$					

Análise das intercorrelações

As intercorrelações das várias dimensões são todas significativas ($p < .01$) e positivas, com exceção da que se verificou entre o neuroticismo e as restantes, as quais são negativas.

Podemos constatar, ainda, que as correlações entre as várias dimensões apresentaram-se entre um valor considerado muito baixo (Pestana & Gageiro, 2000, 2008) de .16 (abertura à experiência e amabilidade) e um valor no limite mínimo do que se considera como um valor de r moderado (.42), para a correlação entre a abertura à experiência e a extroversão, no caso das intercorrelações positivas. Quanto às intercorrelações negativas (verificadas ao nível do neuroticismo), elas oscilaram entre um valor considerado muito baixo ($r = -.12$) para o neuroticismo e conscienciosidade e um valor baixo ($r = -.22$) para o neuroticismo e a amabilidade (cf. Tabela 22)

Tabela 22

Coeficientes de correlação de Pearson entre as dimensões/traços do BFI

Dimensões/traços	E	A	C	N	AE
Extroversão	---				
Amabilidade	.14**	---			
Conscienciosidade	.34**	.37**	---		
Neuroticismo	-.17**	-.22**	-.12**	---	
Abertura à experiência	.42**	.16**	.26**	-.16**	---

Legenda. E-extroversão; A-amabilidade; C-conscienciosidade; N-neuroticismo; AE-abertura à experiência.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Análise da estrutura fatorial

A Análise Fatorial Exploratória (AFE) do *Big Five Inventory* (BFI) tornou-se exequível calculando o KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*), o qual foi de .851. Este valor atestou a adequabilidade da AFE, considerando-se a mesma, segundo Kaiser (citado por Pestana & Gageiro, 2000), como Boa. O Teste de esferecidade de Bartlett resultou num valor significativo [$\chi^2(946) = 7449.729, p < .001$], mostrando que existe uma correlação significativa entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2000).

Levamos a efeito uma Análise Fatorial Exploratória com a rotação varimax, normalização Kaiser, forçada a cinco fatores, a qual fez emergir uma estrutura fatorial que explica 42.4% da variância, com valores próprios superiores a um, cujos resultados se apresentam na Tabela 23.

O fator um, com um valor próprio de 7.26 explicou 16.5% da variância. Apresentou saturações que variaram entre .40 (para os itens 3.*Faz um trabalho exaustivo* e 11.*Tem muita energia*) e .71 (para o item 25.*É inventivo*). O item 41.*Tem poucos interesses artísticos* apresentou uma saturação de .39, i.e., próxima do limite mínimo, não apresentando valores de saturação acima deste em quaisquer dos restantes fatores do nosso estudo.

O fator dois revelou saturações entre .41 (para os itens 10.*Tem curiosidade em relação a várias coisas* e 28.*É perseverante até a tarefa estar concluída*) e .73 (para o item 36.*É sociável, amigável*). Constata-se da Tabela 23 que o referido item 10. *Tem curiosidade em relação a várias coisas* saturou igualmente no fator um, aqui com .42.

O fator três demonstrou saturações que oscilaram entre .51 (no item 9. *É relaxado(a), lida bem com o stress*) e .73 (no item 39. *Fica nervoso(a) facilmente*). O item 19. *Se preocupa muito* apresentou uma saturação de .54 neste fator, mas também de .42 no fator dois.

O fator quatro revelou saturações que variaram entre .66 (no item 21. *Tende a ser sossegado(a)*) e .73 (no item 6. *É reservado(a)*).

O fator cinco apresentou saturações entre .44 (para o item 37. *Por vezes é rude para com os outros, o qual evidenciou, também, uma saturação de -.42 no fator dois*) e .70 (para o item 18. *Tende a ser desorganizado(a)*).

Não apresentaram saturações $\geq .40$ os itens 2. *Tende a encontrar os defeitos nos outros*, 12. *Inicia muitas disputas com os outros* e 27. *Pode ser frio(a) e indiferente, todos da amabilidade e ainda o item 35. Prefere um trabalho rotineiro, da abertura à experiência* (cf. Tabela 23).

Comparativamente aos traços de personalidade/fatores originais, no nosso estudo saturaram, no fator um, oito itens da abertura à experiência, três itens da extroversão e um item da conscienciosidade.

No fator dois, saturaram cinco itens da amabilidade, quatro itens da conscienciosidade, um item da extroversão e um do neuroticismo.

No fator três, saturaram os oito itens do neuroticismo e um item da amabilidade, mas com saturação negativa.

No fator quatro saturaram quatro da extroversão.

No fator cinco saturaram quatro itens da conscienciosidade e um item da amabilidade.

Tabela 23

Análise fatorial do BFI após rotação varimax, normalização Kaiser forçada a dois fatores

Item	Fatores					Comunalidades
	1	2	3	4	5	
25. É inventivo(a)	.71	.04	-.11	.03	-.08	.53
15. É engenhoso(a), um(a) pensador(a) profundo	.69	.01	.06	.06	-.05	.50
20. Tem uma imaginação ativa	.69	.20	.05	.13	-.01	.55
05. É original, tem sempre novas ideias	.67	.08	-.05	.14	.03	.49
44. É sofisticado(a) na arte, música ou literatura	.64	-.04	-.01	-.01	-.02	.41
30. Valoriza experiências artísticas, estéticas	.60	.21	.03	-.07	.04	.41
16. Gera muito entusiasmo	.50	.20	-.05	.40	-.04	.45
26. Tem uma personalidade assertiva	.49	.25	-.14	.02	.14	.35
40. Gosta de refletir, brincar com as ideias	.49	.39	-.08	.02	-.10	.41
10. Tem curiosidade em relação a várias coisas	.42	.41	-.04	.05	-.12	.36
3. Faz um trabalho exaustivo	.40	.11	.21	.17	.19	.28
11. Tem muita energia	.40	.32	-.17	.36	.12	.43
41. Tem poucos interesses artísticos	.39	-.03	-.19	-.07	.24	.25
35. Prefere o trabalho rotineiro	.28	.02	-.04	.12	.22	.14
36. É sociável, amigável	.05	.73	-.13	.29	-.05	.66
42. Gosta de cooperar com os outros	.09	.69	.05	.09	.11	.51
22. Geralmente é de confiança	.08	.68	.04	-.04	.08	.48
32. É atencioso(a) e bondoso(a) com quase toda a gente	.05	.67	-.14	-.05	-.00	.48
13. É um trabalhador(a) de confiança	.18	.58	.07	-.01	.19	.41
7. É prestável e não inveja os outros	.11	.55	-.02	-.09	.05	.32
33. Faz as coisas de modo eficaz	.29	.52	.00	.07	.21	.41
17. Perdoa com facilidade	.04	.43	-.22	-.04	-.01	.25
38. Faz planos e cumpre-os	.27	.42	.07	.08	.24	.32
28. É perseverante até a tarefa estar concluída	.27	.41	.11	.00	.33	.36
39. Fica nervoso(a) facilmente	.03	.07	.73	.02	-.13	.56
29. Pode ter um humor instável	.11	-.01	.63	-.10	-.22	.48
34. Permanece calmo(a) em situações tensas	-.23	-.15	.58	.23	.07	.47
24. É emocionalmente estável, não se aborrece com facilidade	-.21	-.18	.57	.07	.05	.42
14. Pode ficar tenso	.06	.19	.57	-.10	-.21	.42
19. Se preocupa muito	.05	.42	.54	-.11	.07	.49
4. É deprimido(a), triste	-.23	-.19	.52	-.22	-.01	.41
9. É relaxado(a), lida bem com o <i>stress</i>	-.32	.01	.51	-.04	.22	.42
2. Tende a encontrar os defeitos dos outros	-.16	.11	-.34	-.12	.25	.23
6. É reservado(a)	.08	.04	-.13	.73	.08	.56
1. É falador(a)	.23	.27	.09	.68	-.08	.60
31. Por vezes é tímido(a), inibido(a)	-.03	-.06	-.19	.67	.16	.52
21. Tende a ser sossegado(a)	.09	-.12	.29	.66	.05	.55
12. Inicia muitas disputas com os outros	-.15	.20	-.19	-.37	.32	.33

18. Tende a ser desorganizado(a)	.06	.07	.09	.08	.70	.51
23. Tende a ser preguiçoso(a)	-.05	.25	-.01	.06	.66	.50
8. Por vezes pode ser um pouco descuidado(a)	-.00	-.08	-.11	.11	.58	.36
43. Se distrai com facilidade	.13	.05	-.17	-.06	.53	.33
37. Por vezes é rude para com os outros	-.16	.19	-.42	-.15	.44	.45
27. Pode ser frio(a) e indiferente	-.16	.33	-.20	.22	.33	.34
Valor próprio	7.26	3.86	3.15	2.56	1.84	
% da variância	16.50	8.76	7.16	5.83	4.19	

Legenda. Apresentam-se a negrito as saturações superiores a .40

Conclusão

A discussão dos resultados, e respetivas conclusões, relativos ao estudo de validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB integram, como vimos, um estudo já publicado e outros dois que foram submetidos para publicação na *Revista Análise Psicológica* (Costa Catré et al., 2014; Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, Catré, & Pereira, no prelo-a; Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, Catré, & Pereira, no prelo-b).

Entendemos, no entanto, fazer uma síntese das principais conclusões a que chegámos com aquele estudo, tornando-as aqui presentes, antes de avançarmos para o nosso estudo específico, com profissionais da Educação.

O estudo de validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB permitiu-nos, entre outros aspetos, concluir pela transculturalidade do WHOQOL-SRPB, assumindo as suas facetas e questões um grau de importância – positivo - na vida dos Portugueses participantes nesse estudo.

Pudemos, ainda, registar que as qualidades psicométricas evidenciadas pela versão em Português Europeu mostraram que a mesma é fidedigna e válida para ser aplicada em Portugal, indo no mesmo sentido das características psicométricas reveladas aquando do estudo originário realizado em 15 Centros espalhados por todo o mundo (WHOQOL-SRPB Group, 2006).

O nosso estudo indicou, além do mais, que as questões da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais dos indivíduos inquiridos parecem assumir um papel preponderante na sua qualidade de vida e, em particular, na sua qualidade de vida espiritual, à semelhança do que têm demonstrado, inclusivamente, outros estudos de validação nacionais do WHOQOL-SRPB (e.g., Fleck et al., 2003; O'Connell & Skevington, 2005, 2010; Panzini et al., 2011).

O WHOQOL-SRPB evidenciou, por outro lado, ser adequado para ser aplicado para além do contexto da saúde, tal como defendido por O'Connell & Skevington (2010).

Acresce que, embora o estudo de validação para Português Europeu do WHOQOL-SRPB tenha corroborado a estrutura original desse instrumento de medida certo é que, para a qualidade de vida e para a qualidade de vida espiritual dos participantes nesse estudo (pessoas da população em geral e profissionais da Educação, indivíduos que perfilhavam distintas Religiões ou nenhuma), vieram a revelar-se importantes mais dois tópicos: a *relação com os outros* e o *estilo de vida* (isso sucedeu quer na etapa qualitativa com grupos focais, quer no estudo quantitativo que se levou a efeito para aferir as propriedades psicométricas dos itens relativos a esses tópicos (cf. Costa Catré et al., 2014; Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, Catré, & Pereira, no prelo-a).

Formuladas que foram as questões relativas aos referidos tópicos, da análise às suas propriedades psicométricas resultou a validade dos dois constructos, passando os mesmos a figurar como duas novas facetas da versão em Português Europeu: a SP9. *Relação com os outros* e a SP10. *Estilo de vida* (Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, Catré, & Pereira, no prelo-a).

O estudo de validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB, corroborou, além do mais, a multidimensionalidade do constructo da qualidade de vida espiritual perspectivado no conceito de QdV preconizado pela OMS como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de

cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos e expectativas, padrões e preocupações” (Canavarro et al., 2007, p. 77), o qual subjaz a todos os instrumentos de medida WHOQOL, onde se inclui o WHOQOL-SRPB.

Mais reiterou a necessidade de contemplar-se, no conceito de saúde da OMS, a dimensão espiritual do ser humano, passando esse conceito a ser definido “como o completo bem-estar físico, psíquico, social e *espiritual* e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (Dr. Halfdan Mahler citado por Stuckelberger, 2005, p. 8), tornando-se um conceito *biopsicosocioespiritual* (O’Connell & Skevington, 2010).

Ainda que os restantes estudos empíricos realizados até aqui (relativos aos outros instrumentos de medida que utilizaremos no nosso estudo com profissionais da Educação como sejam o WHOQOL-BREF, Domínio VI-SRPB do WHOQOL-100, IACLIDE, *Brief RCOPE*, *ASPIRES*, *AGE UNIVERSAL I/E Scale-12*, *MFRSS* e *BFI*) assumam um caráter meramente exploratório, resultaram evidências das suas boas propriedades psicométricas, atestando a validade e a aplicabilidade desses instrumentos de medida em Portugal.

A própria Análise Fatorial Exploratória só se tornou possível pelos valores de *KMO* (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*) apresentados pelos vários instrumentos de medida, os quais oscilaram entre um valor de .851 (*BFI*) que indicou uma Boa AFE e uma pontuação de .951 (*IACLIDE*) que pronunciou uma Excelente AFE. Também os testes de esfericidade de Bartlett, com valores significativos ($p < .001$), asseguraram a existência de correlações significativas entre as variáveis em estudo (cf. Pestana & Gageiro, 2000).

Saliente-se, por outro lado, a validade interna dos constructos que os referidos instrumentos de medida operacionalizam, traduzida nos índices de consistência interna (α de Cronbach) que foram calculados, quer para o total de cada instrumento, quer para as suas dimensões/facetas/domínios. Assim, verificámos que o α de Cronbach referente ao total de cada instrumento variou entre .81 (*BFI*) e .93 (*IACLIDE*), sendo esses valores considerados entre Bons a Excelentes índices de consistência interna (Marôco & Garcia-Marques, 2006; Pestana & Gageiro, 2000). Relativamente às

várias dimensões/domínios dos mencionados instrumentos de medida, apenas dois revelaram um α de Cronbach considerado abaixo do normalmente aceitável. Foram elas a *connectedness* da STS do ASPIRES, a qual evidenciou um $\alpha = .66$ e o conjunto dos sintomas depressivos interpessoais do IACLIDE, o qual demonstrou um $\alpha = .69$. Todavia, tratando-se de um estudo inicial e exploratório, para Nunnally (1967) estes valores podem ser considerados como estando dentro do que é exigido em termos de confiabilidade. No mesmo sentido Marôco e Garcia-Marques (2006) referem poder aceitar-se um valor acima de .60 embora os resultados, nesse caso, devam ser interpretados com cautela.

Todas as restantes dimensões/domínios apresentaram valores acima de .70, sendo este um valor mais comumente aceitável entre os autores (veja-se, a propósito, Almeida et al., 2010; Marôco & Garcia-Marques, 2006; Nunnally, 1978; Pestana & Gageiro, 2000). Verificou-se que o domínio das relações sociais da qualidade de vida (avaliado pelo WHOQOL-BREF) foi aquele que, estando nesse patamar, demonstrou um valor próximo do referido mínimo ($\alpha = .71$).

Vimos, também, que os itens de cada instrumento de medida, embora com algumas exceções, se correlacionaram bem com o seu total (podemos afirmar que, genericamente considerado, o valor de r item-total oscilou entre um coeficiente considerado moderado [$\geq .40$] e um valor tido como alto [.89], cf. Pestana & Gageiro, 2008). Salvo raras situações, quando excluído cada um dos itens, o valor de α desce, o que significa que esses itens melhoram a homogeneidade do respetivo instrumento, quando incluídos nele, contribuindo para o seu bom desempenho.

Por outro lado, o valor de r de Pearson verificado entre as dimensões/domínios e o total dos instrumentos de medida e dessas dimensões/domínios entre si, quando aplicável, numa e noutra situação, revelou-se estatisticamente significativo ($p < .01$), mesmo nos casos em que esse valor foi muito baixo (e.g., o evidenciado pela intercorrelação orientação religiosa extrínseca social e a orientação intrínseca, o qual apresentou um $r = .11$).

Analisando as médias apresentadas nos vários itens dos referidos instrumentos de medida, pudemos verificar que:

- no WHOQOL-BREF as médias nas respostas aos itens se situaram claramente acima da média da escala, encontrando-se as pontuações mais elevadas na QdV Física e Psicológica, seguidas das demonstradas na QdV das relações sociais e do ambiente;

- no domínio VI-SRPB do WHOQOL-100, que avalia a QdV espiritual, todas as médias obtidas nos quatro itens se encontraram acima da média da escala;

- no IACLIDE, que avalia a depressão, todos os valores médios se situaram muito abaixo da média da escala;

- no *Brief RCOPE*, que avalia o *coping* religioso, enquanto ao nível do *coping* religioso positivo as pontuações médias se situaram acima da média da escala (com exceção do item 7. *Centrei-me na Religião para parar de me preocupar com os meus problemas*), no que concerne ao *coping* religioso negativo, a média nas respostas aos itens encontrou-se, em todas elas, abaixo da média da escala;

- no *Religious Involvement* (da *Religious Sentiments* do ASPIRES, que avalia, como o nome indica, o envolvimento religioso), dois dos itens apresentaram médias abaixo da média da escala (são eles o 1. *Frequência de leitura da Bíblia/Torah/Alcorão/Geeta* e o 2. *Frequência de leitura religiosa*) no entanto, os restantes pontuam acima da média da escala.

- na STS do ASPIRES (que afere a espiritualidade como Transcendência), em todas as suas dimensões, os valores médios de resposta aos respetivos itens situam-se acima da média da escala;

- na *AGE UNIVERSAL I/E Scale-12* (que avalia a orientação religiosa) só as pontuações médias apresentadas na orientação religiosa extrínseca social se encontraram abaixo da média da escala. Das restantes duas dimensões ressaltam valores superiores ao nível da orientação religiosa intrínseca;

- na MFRSS (que avalia o suporte social religioso), as médias obtidas em cada um dos itens, nas suas três dimensões, evidenciaram-se acima da média da escala, sendo que as pontuações médias mais elevadas se verificaram no suporte de Deus:

- no BFI (que avalia os cinco traços de personalidade), abaixo da média da escala apenas se apresentaram dois itens, o 4. *É deprimido(a), triste* (relativo ao neuroticismo) e o 21. *Tende a ser sossegado(a)* (pertencente à extroversão); todos os

restantes itens se encontram pontuados acima da média da escala incidindo os valores mais elevados nos seguintes traços de personalidade: amabilidade e abertura à experiência.

Pudemos, ainda, constatar que estes dados estão consonantes com a amostra global ($N = 606$) do nosso estudo uma vez que, da sua caracterização resultou, entre outros aspetos, que a maioria dos seus participantes professava uma Religião, autopercionou-se como Muito/Extremamente religiosa atribuindo, também, muita importância àquela, na sua vida (veja-se Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, Catré, & Pereira, no prelo-b).

Refira-se que os resultados obtidos vão no sentido apontado pela literatura na medida em que, da sua revisão, pudemos constatar que os indivíduos que professam uma Religião e que se envolvem nela intrinsecamente, são os que revelam menores índices de depressão (Ferreira, 2008; Koenig 2005, 2012; Koenig et al. 2012), demonstrando maiores índices de QdV e de QdV espiritual (O'Connell & Skevington, 2010; Panzini et al., 2011). São também os que percecionam maior suporte social religioso, sobretudo no que respeita ao suporte de Deus (Fiala et al., 2002; Lazar & Bjorck, 2008; Bjorck & Maslim, 2011), estabelecendo com Ele uma relação firme e segura que lhes permite processar cognitivamente os eventos *stressantes*, adversos e trágicos das suas vidas, adotando, em consonância, estratégias positivas ao nível do *coping* (Ladd & McIntosh, 2008; Koenig, 2012; Pargament et al., 2011). Não deixa de ser curioso que, a corroborar esta afirmação, no nosso estudo, as pontuações médias mais elevadas apresentadas ao nível do *coping* religioso positivo tenham sido justamente as dos seguintes itens: 2. *Solicitei o amor e a proteção de Deus* e 5. *Tentei ver de que modo poderia estar Deus a tentar dar-me força nesta situação* e, ainda, 1. *Procurei uma ligação mais forte com Deus*.

A oração parece assumir um papel relevante nessa relação [e.g., na dimensão *envolvimento religioso* da *Religious Sentiments* do ASPIRES, numa escala de resposta de 1 (Nunca) a 7 (Várias vezes por semana) para aferir a quantidade de vezes que os indivíduos rezavam, a pontuação média foi de 5.52 (DP = 2.16); também o item 3.

É importante para mim despende tempo, em privado, com os meus pensamentos e com a oração da dimensão orientação religiosa intrínseca *AGE UNIVERSAL I/E Scale-12* foi o que obteve maior pontuação, com um valor médio de 2.45 (DP = 0.75)]. A oração apresenta-se, conforme vimos, como um dos aspetos que distingue o suporte social secular do suporte social religioso (Ladd & McIntosh, 2008).

Por outro lado, as pessoas que se envolvem mais a nível religioso são também quem revela ter maiores índices de amabilidade (Alminhana & Moreira-Almeida, 2009), como sucedeu no nosso estudo.

Acresce que, sendo a nossa amostra constituída por 55.8% de indivíduos com idade superior a 45 anos (veja-se Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, Catré, & Pereira, no prelo-b) a variável sociodemográfica idade poderá, de algum modo, estar associada aos índices apresentados ao nível da espiritualidade como Transcendência uma vez que, de acordo com Piedmont (1999a), os níveis de Transcendência aumentam com a idade. Também aparece associada a maiores índices de envolvimento religioso porquanto os estudos (e.g., Koenig, 2012; Meuleman & Billiet, 2011; *Pew Research Center*, 2016) vão no sentido de serem as pessoas com maior idade as que se envolvem mais a nível religioso.

Algumas limitações poderão ser apontadas ao nosso estudo como sejam as que se prendem com o facto de estarmos perante uma amostra de conveniência, tratar-se de um estudo exploratório que carece de confirmação, não ter sido efetuada uma avaliação de fidedignidade teste-reteste, que nos permitisse aferir a estabilidade temporal e, como tal, a sensibilidade à mudança dos vários instrumentos de medida.

Refira-se, todavia, que este nosso estudo revelou alguns pontos fortes como o facto de a nossa amostra apresentar um número considerável de sujeitos e, também, uma grande diversidade de afiliações religiosas.

Ainda que os resultados apresentados com o nosso estudo não possam ser extrapolados e generalizados, o facto é que o mesmo nos revelou algumas evidências

que não poderemos descurar em futuras investigações que se venham a realizar sobre a QdV, a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais.

Assim, e em conclusão, pudemos constatar o nosso estudo, apesar da limitações acima descritas, vai no sentido de outros (como os que foram enunciados anteriormente), mostrando que as questões associadas à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais relevam para a qualidade de vida dos sujeitos portugueses, seja essa qualidade de vida perspetivada a nível físico, psicológico, das relações sociais, do ambiente ou a nível espiritual.

3. Estudo com Profissionais da Educação

Qualidade de vida, Espiritualidade, Religiosidade e Crenças pessoais: Um Estudo com Profissionais de Educação

Quem é que compreende o que eu digo, se o que eu digo é incompreensível por incolor ou baço, apesar de significar claridade? A quem comunicarei o meu entusiasmo se não falar entusiasmado, a minha tristeza se parecer que estou alegre, a minha necessidade de chegar depressa se der a mostrar que tenho muito tempo?

Sebastião da Gama (1924/1952)

Tanto consigo recordar-me, quando os jovens professores se sentem desanimados com uma turma, queixam-se de não terem sido formados para aquilo. O “aquilo” de hoje, dos nossos dias, perfeitamente real, abrange domínios tão variados como a má educação das crianças pelas famílias ausentes, os prejuízos culturais relacionados com o desemprego e a exclusão, a perda dos valores cívicos daí decorrente, a violência em certos estabelecimentos escolares, as disparidades linguísticas, o retorno das religiões, mas também da televisão, dos jogos eletrónicos, em suma, tudo o que alimenta mais ou menos o diagnóstico social que nos é servido logo pela manhã nos primeiros noticiários.

Pennac (trad. 2009, p.224)

Basta um professor – um único – para nos salvar e nos levar a esquecer todos os outros.

Pennac (trad. 2009, p.217)

Os professores são a força mais influente e poderosa para a equidade, acesso e qualidade na educação.

Irina Bokova, Diretora-geral da ONU para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO)

O sistema educativo não pode deixar de ter em conta as especiais características do papel dos recursos humanos que, não directamente implicados no processo educativo em si, constituem um factor indispensável ao sucesso deste, na vertente da organização e funcionamento dos estabelecimentos de educação ou de ensino e do apoio à função educativa.

Estatuto do pessoal não docente, aprovado pelo DL 184/2004 de 29 de julho

Introdução

Este capítulo compreende o estudo com profissionais da Educação, nos quais se incluem, conforme anteriormente referido, o pessoal docente (professores e educadores) e o pessoal não docente (pessoal técnico superior, assistentes técnicos e

assistentes operacionais, entre outros, pertencentes a carreiras especiais, tal como previsto no artº 41º da Lei n.º 12-A/2008 de 27 de Fevereiro).

As investigações com o pessoal não docente são recentes e têm vindo a incidir sobretudo ao nível das práticas da gestão (e.g., Pereira, 2010) ou das necessidades da sua Formação (e.g., Mirão, 2012), acentuando o papel que aqueles profissionais desempenham, tal como previsto no seu Estatuto, na vertente da organização e do funcionamento dos Estabelecimentos de Educação ou de Ensino e do apoio à função educativa (*vide* DL 184/2004 de 29 de julho).

De entre os estudos com professores salientam-se aqueles que mais comumente se debruçam sobre o seu bem-estar subjetivo (e.g., Catré, 2005; Jesus, 2000, 2002, 2006, 2011; Picado, 2009), a sua satisfação profissional (e.g., Seco, 2000) ou, ainda, aspetos concretos que lhes estão associados como sejam o *burnout* e as estratégias de *coping* ou de *engagement* a que os mesmos recorrem (Pinto, 2000; Pocinho & Perestrelo, 2011).

Compreendemos o porquê destes últimos estudos, desde logo, à luz das citações com que iniciámos esta secção do nosso trabalho, entre outras as de Sebastião da Gama (1924/1952) e de Pennac (trad. 2009), com episódios, vividos na primeira pessoa, que nos levam a refletir sobre o papel determinante que desempenham os Professores na vida pessoal e no percurso escolar dos seus alunos.

Se por um lado a profissão docente e não docente, enquanto trabalho, enobrece os seres humanos que a exercem na medida em que, como salienta João Paulo II (1981, para. 1), na Carta Encíclica *Laborem Exercens* “O trabalho é uma das características que distingue o homem do resto das criaturas (...) o trabalho comporta em si uma marca particular do homem e da humanidade, a marca de uma pessoa que opera numa comunidade de pessoas; e uma tal marca determina a qualificação interior do mesmo trabalho e, em certo sentido, constitui a sua própria natureza”, não menos verdade é que a complexidade dessas profissões (salientando-se a dos docentes, cujos estudos, alguns já referenciados, são os que mais se têm debruçado

sobre estas questões e evidenciam isso mesmo), comporta riscos para a saúde dos indivíduos que as exercem, pelos altos níveis de *stress* que aquelas imprimem aos mesmos (Pinto, 2000; Pocinho & Perestrelo, 2011).

As consequências que isso acarreta, no limite da vivência do *stress* crónico, pelos docentes, é o *burnout* ou síndrome de desgaste/exaustão o qual assume três dimensões, tal como referido em Pocinho & Perestrelo (2011): (1) a exaustão emocional, “descrita por sentimentos de esgotamento emocional e físico”; (2) a despersonalização, evidenciada nos contactos com as pessoas, os quais se tornam “impessoais, desprovidos de afetividade, desumanos”; e (3) a baixa realização pessoal causada por um sentimento de “insatisfação profissional; o trabalho perde o sentido e passa a ser um fardo” (p. 516).

A preocupação é tanto maior se considerarmos, como concluem Pocinho e Perestrelo (2011, p. 518) que “quando um único professor se encontra em estado de *burnout*, isso significa que, no caso específico de Portugal, tratando-se do 1º ciclo (monodocência), pelo menos 25 alunos serão afetados; no caso do 2º, 3º ciclo e ensino secundário, serão cerca de 125 alunos (partindo do princípio de que cada professor, nestes níveis de ensino, tenha a seu cuidado cinco turmas com 25 alunos cada).”

Trata-se, assim, de uma profissão de risco - a dos docentes - sabendo nós que, atualmente, o número de alunos por turma aumentou, e que aqueles são chamados a desempenhar uma multiplicidade de papéis.

Surgindo a escola, a maior parte das vezes, como o último reduto da socialização, exige-se que os docentes sejam capazes de adotar estratégias e desenvolver atividades para que os alunos se tornem capazes de: (1) aprender a conhecer; (2) aprender a fazer; mas também (3) aprender a viver juntos/aprender a viver com os outros; e (4) aprender a ser (tal como preconizado pela UNESCO, 2010).

Dos múltiplos deveres que se preveem no Estatuto da Carreira Docente (ECD), com as alterações do DL 75/2010 de 23 de junho, estipulam-se os que são especiais para com os alunos (artº 10º-A). De entre outros, salientam-se os seguintes:

- a) Respeitar a dignidade pessoal e as diferenças culturais dos alunos valorizando os diferentes saberes e culturas, prevenindo processos de exclusão e discriminação;
- b) Promover a formação e realização integral dos alunos, estimulando o desenvolvimento das suas capacidades, a sua autonomia e criatividade;
- c) Promover o desenvolvimento do rendimento escolar dos alunos e a qualidade das aprendizagens (...);
- h) Cooperar na promoção do bem-estar dos alunos, protegendo-os de situações de violência física ou psicológica, se necessário solicitando a intervenção de pessoas e entidades alheias à instituição escolar;
- i) Colaborar na prevenção e deteção de situações de risco social, se necessário participando-as às entidades competentes.

A panóplia das funções implícitas neste conjunto de deveres é ilustrativa do quanto é exigente a prática docente (e aqui falamos apenas ao nível da relação Professor/Aluno pois muitos mais deveres impendem sobre cada um dos professores e educadores, na sua relação com os pais/encarregados de educação (artº 10º-C) ou com a escola ou, ainda, com os outros docentes (artº 10º-B), além dos deveres gerais que lhe estão cometidos (artº 10º), todos do citado Diploma Legal.

Refira-se que alguns dos deveres enunciados não deixam de ser comuns aos do pessoal não docente. De facto estipula o seu Estatuto quais são os deveres específicos do pessoal não docente, entre outros, os seguintes: a) Contribuir para a plena formação, realização, bem-estar e segurança das crianças e alunos; c) Colaborar ativamente com todos os intervenientes no processo educativo; f) Cooperar com os restantes intervenientes no processo educativo na detecção de situações que exijam correcção ou intervenção urgente, identificadas no âmbito do exercício continuado das respectivas funções (artº 14º do já citado Diploma Legal).

Todavia, se olharmos, uma vez mais, para a especificidade da prática letiva arremetida aos professores e educadores, e pensarmos que o exercício da função docente ocorre, muitas vezes, em contextos hostis como os descritos por Pennac (trad.

2009), sobretudo, num tempo de revolução, com a *World Wide Web* (que tem uma envergadura semelhante ao que aconteceu aquando da invenção da escrita), percebemos o alcance das conclusões dos mencionados estudos sobre o bem-estar ou mal-estarsubjetivo dos Professores.

Na verdade, com a *World Wide Web* a capacidade de processar e de transmitir informação, independentemente do tempo e do espaço, é feita não só em tempo recorde, como é de acesso fácil a qualquer indivíduo. O papel do professor, como *transmissor* de conhecimentos, passou a ser relegado para um plano distinto do tradicional. A um ritmo alucinante, os docentes são chamados a adaptar-se, constantemente, a nova(s) realidade(s), a ter que adquirir novas competências, a assumir novos papéis.

Acresce, ainda, que a *Internet* acarretou, entre outros aspetos, para os Docentes, um acréscimo de trabalho pois, muitas vezes, além das funções que aqueles desempenham na escola (em horários sobrecarregados e com o apelo constante a realizarem, em simultâneo, entre outras, tarefas burocráticas), ao manterem-se *conectados*, em *rede*, são chamados a dar resposta, a qualquer hora do dia ou da noite, a solicitações de colegas, dos seus superiores hierárquicos, etc. Um docente afirmou, um dia, a propósito, que esta foi uma das formas subreptícias de, na realidade, deixar de existir um horário de trabalho *stricto sensu*. A verdade contida nas suas palavras, faz-nos refletir sobre os efeitos desta Era, cada vez mais digital, global e globalizante e no paradoxo em que vivemos: por um lado, com meios que encurtam distâncias, e podem ser facilitadores e libertadores de algumas tarefas, e por outro, uma quase escravização da pessoa, ao nível do trabalho.

Pocinho & Capelo (2009); Pocinho & Perestrelo (2011) dão nota do desgaste que existe na profissão docente, sendo que aqueles primeiros autores, da análise que fizeram às fontes de *stress* percecionadas por professores da Região Autónoma da Madeira, puderam concluir, do seu estudo, que aquelas que se revelaram mais significativas foram justamente “as dificuldades em lidarem com os comportamentos

inadequados e com a indisciplina dos alunos (68%), seguido das pressões de tempo e excesso de trabalho” (Pocinho & Perestrelo, 2009, p. 363).

João Paulo II (1981, para. 6), na Encíclica *Laborem Exercens* afirma que “o primeiro fundamento do valor do trabalho é o mesmo homem, o seu sujeito. E relaciona-se com isto imediatamente uma conclusão muito importante de natureza ética: embora seja verdade que o homem está destinado e é chamado ao trabalho, contudo, antes de mais nada, o trabalho é «para o homem» e não o homem «para o trabalho»” sendo que, conseqüentemente, como conclui João Paulo II, cada trabalho “se mede sobretudo *pelo padrão da dignidade* do mesmo sujeito do trabalho, isto é, da pessoa, *do homem que o executa*”.

A mesma preocupação é manifestada pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 2007, quando refere que “considerar o indivíduo como ponto de partida é não só inerente à democracia, como também absolutamente compatível com um quadro de referência inspirado em valores, com uma perspectiva baseada nos direitos humanos e em normas e, obviamente, com a premissa da OIT que diz que o trabalho não é uma mercadoria e que a dimensão qualitativa e quantitativa do emprego (trabalho digno) são indissociáveis” (p. 4).

Afirma Blustein (2008, p. 230) que “trabalhar constitui um ingrediente central no desenvolvimento e na sustentação da saúde psicológica. A natureza do trabalho está intrinsecamente ligada à nossa evolução ancestral, como seres humanos, como fatores de sobrevivência (...) através da nossa capacidade de encontrar comida, abrigo e desenvolver uma comunidade que nos sirva de apoio e nos providencie bem-estar.”

Esses dois aspetos são amplamente reconhecidos na atualidade uma vez que se mantém a nossa necessidade de sobrevivência através do trabalho e este continua a propiciar um conjunto de relações interpessoais que nos prestam apoio social.

Partindo de uma definição abrangente de trabalho como “o esforço, a atividade e a energia humana em determinadas tarefas que contribuem para a sociedade em geral e para o desenvolvimento económico de uma determinada cultura” (Blustein,

2006, p. 3), este autor vem chamar a atenção para a necessidade de se repensar o trabalho à luz das relações humanas. Defende, por isso, uma *teoria relacional* tendo como objetivo desenvolver as bases para o trabalho do século XXI de uma forma mais *integradora, inclusiva e no respeito pelas diferenças culturais*.

Apologista de uma Psicologia do Trabalho Humanista, Blustein (2011) assenta a sua teoria no *eu-em-relação* com os outros, com a cultura, com a sociedade em geral. Num mundo que se caracteriza pela instabilidade, estes aspetos são considerados, pelo autor, como cruciais para que os indivíduos consigam gerir, atualmente, a crescente complexidade dos desafios de trabalho. É, ainda, o que pode facultar ao ser humano a sua autodeterminação e emancipação, bem como a sua saúde psicológica (Blustein, 2008; 2011).

A sua tese baseia-se em cinco premissas: (1) o facto de os estudos evidenciarem que existe uma ligação entre as relações pessoais e sociais e o trabalho; (2) a relevância que a incorporização inconsciente/internalização de vivências na relação com os outros tem demonstrado ter na perceção dos indivíduos, quer relativamente à sua experiência relacional no trabalho, quer quanto ao trabalho em si mesmo considerado; (3) a interação que existe entre o trabalho como serviço/cuidado que se presta aos outros e o trabalho como mercadoria, remunerado. Daí decorre a necessidade de haver uma complementaridade entre esses dois “tipos” de trabalho; (4) a influência que têm as relações pessoais e, sobretudo, as familiares na tomada de decisões em relação ao trabalho, a que não é estranho o encaminhamento que é feito, desde cedo, ao nível da Educação e das escolhas sob influência dos outros, pelo que as interações com as demais pessoas ajudam a criar, de alguma forma, um sentido para o que os indivíduos fazem ou venham a fazer; e (5) a cultura, os valores da comunidade em que os indivíduos estão inseridos influi na relação que estes venham a ter no trabalho e com o trabalho, fornecendo-lhes uma base segura para que consigam lidar com as adversidades e com as novas experiências laborais que poderão ter que vivenciar.

Esta sua preocupação no *decent work*, e em fundar uma nova teoria do trabalho assente nas relações pessoais e sociais, como forma de lidar com os desafios deste século, trazidos pela globalização, prende-se com o que Blustein (2008; 2011) tem vindo a defender desde sempre: que o trabalho deve fornecer algum grau de

significado, importância e dignidade à pessoa. Aquele autor justifica esta sua posição, afirmando que “trabalhar é essencial para as pessoas, cujas esperanças e sonhos estão ligados a atividades a que se dedicam durante a sua vida. Quando o trabalho corre bem, as pessoas são capazes de desfrutar de saúde psicológica e de vigor. Contudo, quando a pessoa não encontra trabalho ou quando este é fonte de desalento, tédio e desespero, ele pode representar a ruína da sua existência” (Blustein, 2008, p. 237).

Partindo da realidade dos docentes, refere Seco (2000, p. 401) que “é tempo dos esforços das reformas e das estratégias educativas pensarem e estimularem as múltiplas dimensões pessoais do ato de ensinar e de aprender, sob pena de se ignorar um dos fatores estruturantes da profissão docente: o sujeito que nela habita.”

Foi, justamente, tendo como ponto de partida a pessoa, vista como um todo, nas suas dimensões *biopsicosocioespirituais*, que nos propusemos dar o nosso contributo para o estudo dos profissionais da Educação (pessoal docente e pessoal não docente) estudo esse que, esperamos, permita abrir novos horizontes para melhor compreender a realidade daqueles profissionais.

Privilegiando como temática a qualidade de vida numa “perspetiva multidimensional que contempla a complexa influência da saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respetivo meio na avaliação subjetiva da qualidade de vida individual” (Canavarro et al., 2007, p. 77), a nossa investigação incidirá, igualmente, na qualidade de vida espiritual i.e., no domínio da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais da QdV dos referidos profissionais (trata-se, como vimos, do domínio SRPB, que é avaliado no nosso estudo, quer de forma mais sucinta pelas quatro questões do domínio VI-SRPB do WHOQOL-100, quer mais extensivamente pelo WHOQOL-SRPB, cuja versão foi validada, para Portugal, tal como apresentado anteriormente neste trabalho).

Os estudos por nós já realizados, com uma amostra total de 606 participantes, em que 68.6% ($n = 416$) eram profissionais da Educação, vão no sentido, como vimos,

de a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais assumirem um papel preponderante na QdV, saúde e bem-estar dos indivíduos inquiridos (vejam-se os estudos anteriormente apresentados, de entre os quais os de validação da versão Portuguesa Europeia WHOQL-SRPB cf. Costa Catré, 2014; Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, Catré, & Pereira, no prelo-a; Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, Catré, & Pereira, no prelo-b), corroborando outros estudos nessa área (e.g., O'Connell & Skevington, 2010; Piedmont, 2007; Sawatzky, Pamela, & Chiu, 2005; Seligman, 2008).

Fisher (2011), afirma que a saúde inclui os seguintes aspetos: (1) psíquicos e emocionais; (2) cognitivos e sentimentais; (3) a dimensão social que resulta da interação humana; (4) o domínio vocacional; e (5) a dimensão espiritual. De todos estes aspetos, aquele autor dá especial ênfase à última dimensão, justificando que a mesma se encontra “no centro e na essência do ser”, indiciando “ser a que tem maior impacto na saúde global da pessoa” (p.21).

Ainda neste sentido, Stuckelberg (2005) acentua que é mais aquilo que une a Religião, a espiritualidade e a saúde, do que aquilo que as separa: “a religião, a espiritualidade e a saúde têm em comum o facto de fazerem parte das preocupações universais, estão no centro da vida e morte humanas e marcaram civilizações ao longo de toda a História da Humanidade” (p. 8), tendo enraizada uma preocupação que é igualmente comum: o sofrimento e o comportamento humanos.

Reforçando o seu entendimento, Stuckelberg (2005) realça as consequências dos próprios avanços da Medicina e das tecnologias, os quais tornaram possível a realização de estudos clínicos que nos ajudam (1) a compreender os mecanismos subjacentes ao funcionamento molecular e celular do nosso organismo; (2) a examinar as reações do nosso sistema imunológico; e (3) a perceber e.g., através de imagens do nosso cérebro, não só as suas funções, mas também o modo como o mesmo reage às práticas religiosas e espirituais.

Não se estranha, por isso, que ao nível das Neurociências os estudos vão avançando nesse sentido (Cescon, 2011).

Face ao panorama, descrito anteriormente, em que vivem os profissionais da Educação (de forma particular os docentes, pelas razões expostas) torna-se, assim, pertinente, que possamos compreender como é que aqueles profissionais percecionam a sua qualidade de vida e, em especial, a sua qualidade de vida espiritual.

Inseridos que estamos no pessoal docente (logo, num tema que nos respeita), motivámo-nos para a investigação que a seguir apresentamos. Esta ambiciona ser um ponto de partida para outros estudos nesta área em Portugal e, ainda, para que se possam vir a adotar ações de sensibilização para a referida problemática, no campo da Educação, sobretudo como forma de prevenção e redução dos riscos profissionais, individuais e coletivos, dos profissionais da Educação.

Essas ações de sensibilização poderão assumir a configuração de artigos, de colóquios, dentro e fora do espaço escolar e, em articulação com os Centros de Formação Contínua, no formato de Ações de Formação dirigidas especificamente a esses profissionais e a quem gere as escolas, entre outras que se venham a julgar oportunas e adequadas.

Perspetivámos, assim, este nosso estudo em termos de aplicabilidade prática, caso se venha a confirmar a influência da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais na qualidade de vida e, também, na qualidade de vida espiritual, nessa população, numa tentativa de, *inclusive*, ir ao encontro do preconizado pela OIT (2007), no caso concreto, da salvaguarda dos Direitos que assistem ao pessoal docente, nomeadamente:

1- O direito à segurança na atividade profissional, o qual compreende:

a) A prevenção e redução dos riscos profissionais, individuais e coletivos, através da adoção de programas específicos (...)

b) A prevenção e tratamento das doenças (...) como resultando necessária e diretamente do exercício continuado da função docente (artº 4º al d) conjugado com o artº 8º do ECD).

2- O direito/dever de formação previsto no artº 4º al b), em conjugação com o artº 6º e artº 10º al d) do ECD.

E, no caso do pessoal não docente, dentro dos Direitos que, igualmente, lhes assiste e que se encontram previstos não só na lei geral aplicável à função pública (entre os quais, o direito à segurança no trabalho, que inclui a proteção da sua saúde), mas também nos arts 3º e 4º do DL 184/2004 de 29 de julho (nos quais se prevê o direito/dever estatuído para participar em Ações de Formação).

Constituem objetivos do presente estudo, os seguintes:

- a. Apurar quais as variáveis sociodemográficas (pessoal docente e não docente; género; idade; estado civil; nível de escolaridade; autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé; existência de crenças pessoais fortes; presença de doença e perceção da saúde) que melhor diferenciam as variáveis em estudo (QdV; QdV espiritual; depressão; *coping* religioso; espiritualidade como Transcendência; envolvimento religioso; orientação religiosa; suporte social religioso; personalidade);
- b. Avaliar em que medida o domínio SRPB da qualidade de vida se correlaciona com os restantes domínios da qualidade de vida bem como com a perceção global da QdV avaliada pela Faceta Geral do WHOQOL-BREF;
- c. Verificar se, e em que medida, as variáveis de foro eminentemente espiritual e religioso - envolvimento religioso, orientação religiosa (intrínseca e extrínseca), suporte social religioso, *coping* religioso (positivo e negativo) – se encontram correlacionadas com a qualidade de vida e com a qualidade de vida espiritual;
- d. Avaliar de que forma a orientação religiosa, o suporte social religioso e o *coping* religioso estão associados ao envolvimento religioso;
- e. Aferir até que ponto a espiritualidade como Transcendência está associada à qualidade de vida e à qualidade de vida espiritual;
- f. Averiguar até que ponto a variável espiritualidade como Transcendência se correlaciona com as variáveis envolvimento religioso, orientação religiosa, suporte social religioso, *coping* religioso;

- g. Verificar se, e em que medida, as variáveis depressão e personalidade se correlacionam entre si e, ainda, com a qualidade de vida e com a qualidade de vida espiritual;
- h. Aferir se, e em que medida, a espiritualidade como Transcendência se correlaciona com a personalidade e se a mesma se apresenta, ou não, como um fator distinto/independente dos cinco traços de personalidade;
- i. Verificar se a qualidade de vida espiritual apresenta uma eficácia preditiva da percepção global da QdV maior, ou menor, do que as variáveis personalidade e depressão;
- j. Apurar se a orientação religiosa intrínseca se apresenta, ou não, como melhor preditora da qualidade de vida espiritual do que a orientação religiosa extrínseca (pessoal e social).

Método

Para podermos concretizar os objetivos definidos, optámos, para este estudo com profissionais da Educação, por um *design* quantitativo, essencialmente descritivo e correlacional.

Adotámos como metodologia o inquérito composto por um conjunto de questionários autoadministrados destinados a operacionalizar as variáveis em estudo.

Tendo em consideração as principais conclusões da revisão da literatura que levámos a efeito, formulámos algumas hipóteses de investigação, conscientes de que muitas outras poderiam ter sido articuladas, num estudo que envolve tantas variáveis.

Reforçamos o que anteriormente dissemos, que este trabalho tem a pretensão de ser um ponto de partida para outros que venham a ser realizados, neste âmbito.

Hipóteses

1. Existem diferenças significativas nas variáveis QdV; QdV espiritual; depressão; *coping* religioso; espiritualidade como Transcendência; envolvimento religioso; orientação religiosa; suporte social religioso; e personalidade em função das variáveis sociodemográficas (pessoal docente e não docente; género; idade; estado civil; nível de escolaridade; autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de Fé; existência de crenças pessoais fortes; presença de doença e perceção da saúde).
2. O domínio SRPB encontra-se positiva e significativamente associado aos restantes domínios da qualidade de vida e à perceção global da QdV, esta última avaliada pela Faceta Geral do WHOQOL-BREF.
3. As variáveis envolvimento religioso, orientação religiosa intrínseca, suporte social religioso e *coping* religioso positivo encontram-se positiva e significativamente associadas à qualidade de vida e à qualidade de vida espiritual, ao passo que as variáveis orientação religiosa extrínseca e *coping* religioso negativo o estão negativa e significativamente.
4. As variáveis orientação religiosa, suporte social religioso e *coping* religioso estão associadas positiva e significativamente ao envolvimento religioso.
5. A espiritualidade como Transcendência encontra-se positiva e significativamente associada à qualidade de vida e à qualidade de vida espiritual.
6. A espiritualidade como Transcendência encontra-se positiva e significativamente associada ao envolvimento religioso, à orientação religiosa, ao suporte social religioso e ao *coping* religioso positivo, ao passo que a variável *coping* religioso negativo está-lhe negativa e significativamente associada.
7. A depressão encontra-se negativa e significativamente associada à qualidade de vida e à qualidade de vida espiritual.

8. Todos os traços de personalidade encontram-se positiva e significativamente associados à qualidade de vida e à qualidade de vida espiritual, com exceção do neuroticismo que se lhes associa de forma significativa mas negativa.
9. O neuroticismo está significativa e positivamente associado à depressão enquanto os restantes traços de personalidade o estão significativa e negativamente.
10. A espiritualidade como Transcendência encontra-se positiva e significativamente associada a todos os traços de personalidade e apresenta-se, além do mais, como um fator distinto/independente dos cinco traços de personalidade .
11. A qualidade de vida espiritual apresenta uma eficácia preditiva da perceção global da QdV maior do que a depressão.
12. A qualidade de vida espiritual é melhor preditora da perceção global da QdV do que a personalidade .
13. A orientação religiosa intrínseca é melhor preditora da qualidade de vida espiritual do que a orientação religiosa extrínseca.

Participantes

Seleção da amostra

Para desenvolver a nossa investigação com profissionais da Educação, seleccionámos a área geográfica de Coimbra e concelhos limítrofes, até um máximo de 50 Km.

No que respeita à seleção dos profissionais da Educação, e numa tentativa de abarcar uma maior diversidade de sensibilidades, perceções, Religiões e crenças, considerámos as duas tipologias de ensino: o público e o privado. No que concerne a este último, seleccionámos duas escolas, uma situada num meio semirural e outra no meio citadino. Quanto ao ensino público, foram escolhidos seis Estabelecimentos de Ensino situados na cidade de Coimbra (dois do segundo e terceiro ciclos, dois do primeiro ciclo e dois da Educação pré-escolar) e sete Estabelecimentos de Ensino situados em Concelhos limítrofes (dois do secundário, três do segundo e terceiro ciclos e dois

do primeiro ciclo) e que servem, não só os meios urbanos onde estão localizados, mas também os meios rurais que lhes são circundantes.

À semelhança do que sucedeu com a seleção da amostra global, questionámo-nos sobre a possibilidade de proceder a uma amostragem aleatória. Todavia, concluímos que a probabilidade de existir o risco de uma baixa participação seria elevada pelas razões já expostas, de entre as quais se salientam a dimensão do nosso inquérito e estarmos perante uma temática sensível como é a relativa à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Deste modo, optámos antes por uma amostragem de conveniência.

A recolha da amostra global veio a demonstrar que os nossos receios tinham todo o cabimento.

Conforme descrito no balanço global que fizemos, dos 606 inquéritos válidos, verificamos que a maioria das respostas foram alcançadas junto de profissionais da Educação o que ficou a dever-se, em grande parte, à opção que fizemos, e aos procedimentos que adotámos nessa recolha, e que foram anteriormente descritos, remetendo-se para a sua leitura.

Caraterização da amostra

A amostra composta por profissionais da Educação incluiu, conforme se disse, o pessoal docente e não docente, respetivamente com um $n = 297$ (71.4%) e um $n = 119$ (28.6%). As idades variaram entre os 19 e os 80 anos⁴⁸.

De referir que 42.6% ($n = 177$) tinha uma idade \leq a 45 anos e 56% ($n = 233$) tinha uma idade superior a 45 anos, havendo seis respostas omissas (1.4%) neste item. A média de idades foi de 46.53 (DP = 10.65).

Os participantes do nosso estudo eram maioritariamente do sexo feminino (78.6%), casados(as), ou vivendo em união de facto (73.6%), encontravam-se empregados(as) (91.3%) e eram detentores(as) de Bacharelato/Licenciatura ou Superior (Mestrado/Doutoramento) (76.9%). A proporção de participantes referindo ser doente foi de 31.3%. No que respeita à perceção do estado de saúde, adiante designada também de perceção de saúde, 66.3% dos participantes considerou que a

⁴⁸A oscilação de idades até aos 80 anos justifica-se na medida em que a seleção da amostra global (N = 606) incidiu também em comunidades religiosas, onde se encontravam participantes que se identificaram como profissionais da Educação, se bem que já reformados. Decidimos mantê-los, ainda assim, no conjunto da nossa amostra, pelas razões descritas na legenda da Tabela 24.

sua saúde era Boa/Muito boa, seguido de 28.9% que a considerou como Nem boa nem má. As características sociodemográficas dos participantes neste estudo encontram-se expressas na Tabela 24.

Tabela 24
Caraterísticas sociodemográficas da amostra

	<i>n (%)</i>
<i>Sexo</i>	
Masculino	89 (21.4)
Feminino	327 (78.6)
<i>Habilitações literárias</i>	
< 3º ciclo do Ensino Básico	19 (4.6)
3º ciclo do Ensino Básico/Ensino Secundário	70 (16.8)
Bacharelato/Licenciatura	253 (60.8)
Mestrado/Doutoramento	67 (16.1)
<i>Missing values</i>	7 (1.7)
<i>Estado civil</i>	
Solteiro(a)	67 (16.1)
Casado(a)/união de facto	306 (73.6)
Separado(a)/divorciado(a)	37 (8.9)
Viúvo(a)	6 (1.4)
<i>Situação profissional</i>	
Empregado(a)	380 (91.3)
Desempregado(a) ^a	16 (3.8)
Reformado(a) ^a	13 (3.1)
<i>Missing Values</i>	7 (1.7)
<i>Presença de doença^b</i>	
Sim	130 (31.3)
Não	286 (68.8)
<i>Perceção do estado de saúde</i>	
Boa/Muito boa	276 (66.3)
Nem boa nem má	120 (28.9)
Má	15 (3.6)
<i>Missing values</i>	5 (1.2)

Legenda. ^aFoi nossa decisão abranger, neste estudo, todos os profissionais da Educação, quer os desempregados, quer os aposentados por duas razões: (1) apesar de estarem numa dessas situações profissionais, por um lado a sua profissão manteve-se como identitária (assim se autointitularam); e (2) sendo oriundos sobretudo de distintas Comunidades Religiosas, entendemos que seriam uma mais-valia para um estudo como o nosso, que versa sobre a QdV e, de forma particular, sobre a QdV espiritual de profissionais da Educação.

^bNa variável doença tivemos em consideração não só todos os indivíduos que declararam ter uma doença, e a identificaram, mas também todos os que apresentavam sintomas de depressão, à

semelhança do que sucedeu no estudo de validação do WHOQOL-SRPB do Brasil (Panzini et al., 2011). No nosso estudo, porém, tivemos em conta o ponto de corte enunciado por Vaz Serra (1994): ≥ 20 , que aferimos utilizando o IACLIDE. As doenças expressamente indicadas pelos respondentes do nosso estudo caracterizam-se por ser, essencialmente, agudas e crônicas. Foram referidos, pelos inquiridos, diferentes tipos de patologia (e.g., doenças do foro neurológico, motor, cardíaco, psiquiátrico e oncológico); 16.6% ($n = 69$) das pessoas que assinalaram ter uma doença, afirmaram ser seguidas em consulta externa.

Afiliação religiosa, crenças pessoais e espirituais

No que concerne à afiliação religiosa, a maioria era Católica, (80.5%; $n = 335$), seguida de 12% ($n = 50$) dos participantes que afirmou não ter qualquer afiliação religiosa. Questionados em que medida consideravam ser Pessoas religiosas/crentes/de fé, 49.3% ($n = 205$) dos participantes afirmou sê-lo Moderadamente, tendo 35.3% ($n = 123$) referido sê-lo Muito/Extremamente; 14.2% ($n = 59$) assinalou ser Nada/Pouco religioso(a). Em relação às crenças espirituais, 34.3% ($n = 143$) dos participantes respondeu ter Muitas/Muitíssimas, 30.8% ($n = 128$) respondeu ter Nem muitas nem poucas, 20.9% ($n = 87$) respondeu Poucas e 9.9% ($n = 41$) referiu ter Nenhumas. Quanto às crenças pessoais fortes, 39.4% ($n = 164$) afirmou ter Muitas/Muitíssimas, 32.7% ($n = 136$) referiu ter Nem muitas nem poucas, 14.7% ($n = 61$) referiu ter Poucas e 7.7% ($n = 32$) assinalou ter Nenhumas (cf. Tabela 25).

Tabela 25

Afiliação religiosa, autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé, crenças espirituais e Pessoais

	<i>n (%)</i>
<i>Afiliação religiosa</i>	
Nenhuma	50 (12.0)
Católica	335 (80.5)
Protestante ^a	13 (3.1)
Judaica	1 (0.2)
Muçulmana	1 (0.2)
Hindu	1 (0.2)
Budista	1(0.2)
Outra (Espírita, Espírita Kardecista, estudo de Doutrina Espírita e Reiki)	1 (0.2)
<i>Missing values</i>	14 (3.4)
<i>Pessoa religiosa/crente/de fé^b</i>	

Nada/Pouco	59 (14.2)
Moderadamente	205 (49.3)
Muito/Extremamente	147 (35.3)
<i>Missing Values</i>	5 (1.2)
Crenças Espirituais	
Nenhumas	41 (9.9)
Poucas	87 (20.9)
Nem muitas nem poucas	128 (30.8)
Muitas/Muitíssimas	143 (34.3)
Missing values	17 (4.1)
Crenças pessoais fortes^b	
Nenhumas	32 (7.7)
Poucas	61 (14.7)
Nem muitas nem poucas	136 (32.7)
Muitas/Muitíssimas	164 (39.4)
<i>Missing values</i>	23 (5.5)

Legenda. ^aNeste grupo incluíram-se Evangélicos, Adventistas do 7^o Dia e Presbiterianos;

^bAinda que, inicialmente, a questão fosse a seguinte: *Até que ponto se considera uma pessoa religiosa?* sucedeu que, na etapa qualitativa do nosso estudo, foi entendido e sugerido pelos grupos focais, que a questão seria mais perceptível, para os Portugueses, se contemplasse “pessoa religiosa/crente/de fé”. A justificação para esta proposta residiu no facto de, no entender dos grupos focais, os Portugueses facilmente associarem uma pessoa religiosa a uma congregação/ordem religiosa. Consequentemente, e porque tal entendimento poderia vir a restringir e/ou a condicionar a resposta à questão, traindo o seu sentido originário, decidimos contemplar aquela proposta na redação final do questionário.

^cEnglobam as crenças numa teoria científica, num modo de vida, numa filosofia particular ou num código moral e ético (cf. preâmbulo do WHOQOL-SRPB, 2002).

Numa escala de cinco pontos para aferir a importância da Religião na sua vida, em que 1 é Nada importante e 5 é Muitíssimo importante, os indivíduos ($n = 401$) apresentaram uma média de 3.48 (DP = 1.18).

Relativamente à frequência com que recorriam a serviços religiosos, 114 participantes (27.4%) afirmou fazê-lo Algumas vezes por ano; 70.6% das respostas integram as hipóteses de resposta entre Todos os dias e Algumas vezes por ano. No que concerne à questão de saber em que medida se consideravam como fazendo parte de uma Comunidade/Congregação/Associação/Movimento religioso(a), 159 participantes (38.2%) indicaram que o faziam Moderadamente; 78.8% das respostas integram as hipóteses Nada, Pouco e Moderadamente (cf. Tabela 26).

Tabela 26

Frequência do recurso a serviços religiosos e sentido de pertença a uma Comunidade/Congregação/Associação/Movimento religioso(a)

	<i>n</i> (%)
<i>Recurso a serviços religiosos</i>	
Todos os dias	6 (1.4)
Mais do que uma vez por semana	37 (8.9)
Uma vez por semana	89 (21.4)
Uma ou duas vezes por mês	48 (11.5)
Algumas vezes por ano	114 (27.4)
Raramente	76 (18.3)
Nunca	42 (10.1)
<i>Missing values</i>	4 (1.0)
<i>Fazer parte de uma Comunidade^a</i>	
Nada	84 (20.2)
Pouco	89 (21.4)
Moderadamente	159 (38.2)
Muito	61 (14.7)
Extremamente	20 (4.8)
<i>Missing values</i>	3 (0.7)

Legenda. ^a Por sugestão dos grupos focais, no estudo qualitativo, a versão final do WHOQOL-SRPB neste item ficou com a seguinte redação: *Comunidade/Congregação/Associação/Movimento religioso(a)*, com vista a abarcar as distintas realidades, incluindo as dos próprios grupos focais religiosos.

Instrumentos

No estudo dos instrumentos de medida que aplicámos na nossa investigação figurou já, entre outros aspetos, a sua descrição, o que cada um avalia e os seus autores. Entendemos, ainda assim, que facilitaria ao leitor ter presente, nesta parte, cada um desses instrumentos de medida, pelo que incluímo-los aqui, de forma mais sintética, dando um apontamento sobre o tipo de escala e o que avalia, bem como a validade interna que cada uma evidenciou no nosso estudo.

WHOQOL-BREF

O WHOQOL-BREF (WHOQOL Group, 1998; versão Portuguesa Europeia: Vaz Serra et al., 2006b) é um instrumento de avaliação da QdV composto por 26 itens, que

se encontram organizados em quatro domínios: físico (sete itens), psicológico (seis itens), relações sociais (três itens) e ambiente (oito itens). O WHOQOL-BREF inclui, ainda, uma Faceta Geral (constituída por dois itens: 1. *Como avalia a sua qualidade de vida?* e 2. *Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?*) que nos permite aferir a percepção que os indivíduos têm da sua qualidade de vida em termos globais⁴⁹. Os itens são respondidos numa escala de resposta de cinco pontos, variando, por exemplo, entre 1 (Nada) e 5 (Completamente). Resultados mais elevados refletem uma percepção de melhor QdV.

No nosso estudo, os valores do α de Cronbach variaram entre .71 (domínio das relações sociais) e .83 (domínio físico), sendo que o conjunto dos 26 itens revelou-se consubstanciado num α de Cronbach de .91.

Domínio VI. SRPB do WHOQOL-100

Ao optarmos pela utilização do WHOQOL-BREF e não do WHOQOL-100⁵⁰ foi nosso entendimento aplicar também, à semelhança do estudo de validação do WHOQOL-SRPB no Brasil (Panzini et al., 2011), as quatro perguntas do domínio VI do WHOQOL-100, relativas à espiritualidade, Religião e crenças pessoais da QdV, também designada por *qualidade de vida espiritual*. Os itens são respondidos numa escala de resposta de cinco pontos, variando entre 1 (Nada) e 5 (Muitíssimo).

Na presente amostra, o valor α de Cronbach deste domínio foi de .89.

WHOQOL-SRPB

O WHOQOL-SRPB (WHOQOL-SRPB, 2002; versão Portuguesa Europeia: Costa Catré, Ferreira, & Pessoa, 2011) avalia a qualidade de vida espiritual. O instrumento de medida original é composto por oito facetas, cada uma avaliada por quatro perguntas, perfazendo um total de 32 itens. A versão Portuguesa Europeia final das facetas e das perguntas do WHOQOL-SRPB consta do estudo que foi publicado na *Revista Análise Psicológica* (cf. Costa Catré et al., 2014).

⁴⁹Daí a sua designação, “Faceta Geral da qualidade de vida”.

⁵⁰ Este instrumento de medida foi desenvolvido, como vimos, pelo WHOQOL Group (1994, 1995) e validado para Portugal por Vaz Serra et al. (2006a).

Os itens são respondidos numa escala de resposta de cinco pontos, variando, por exemplo, entre 1 (Nada) e 5 (Muitíssimo). Resultados mais elevados refletem uma percepção de melhor QdV espiritual. O WHOQOL-SRPB apresentou características psicométricas bastante aceitáveis de consistência interna e validade de conteúdo (o α de Cronbach variou entre .71 e .97). Este instrumento mostrou ainda validade convergente com o WHOQOL-BREF e com o domínio VI-SRPB do WHOQOL-100, assim como validade discriminante. As características psicométricas do WHOQOL-SRPB validam a sua utilização no nosso país.

Por outro lado, o WHOQOL-SRPB revelou-se um instrumento promissor para estudos na área da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais associadas à QdV, não só por ser dotado de transculturalidade, mas também por ter aplicabilidade para além do contexto da saúde (cf. Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, Catré, & Pereira, no prelo-b).

Da etapa qualitativa do estudo de validação da versão em Português Europeu, com grupos focais, resultaram duas novas Facetas, a SP9. *Relação com os outros* e a SP10. *Estilo de vida*, as quais passarão a integrar a versão do WHOQOL-SRPB, em Portugal.

As suas características psicométricas revelaram, no estudo qualitativo, um Muito Bom índice de fiabilidade ($Kappa$ de Cohen = 0.85; $p < .01$), de acordo com Brennan e Silman (citados por Lima, 2013).

No estudo quantitativo, as duas Facetas adicionais apresentaram bons índices de consistência interna: a Faceta SP9. *Relação com os outros* apresentou um α de Cronbach de .79 e a Faceta SP.10 *Estilo de Vida* apresentou um α de Cronbach de .76.

Os resultados atestam a fiabilidade e validade das novas Facetas Portuguesas, constituindo-se como um acréscimo relevante e original ao questionário WHOQOL-SRPB (veja-se Costa Catré et al., 2014; Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, Catré, & Pereira, no prelo-a).

A versão final dessas duas facetas, bem como dos respetivos itens encontra-se em Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, Catré, & Pereira (no prelo-b).

Utilizaremos, no nosso estudo com profissionais da Educação, a versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB, com as dez facetas (as oito originais e as duas adicionais que resultaram, como vimos, da etapa qualitativa com os grupos focais

Portugueses do estudo de validação para Portugal daquele instrumento de medida, cf. Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, Catré, & Pereira, no prelo-a).

Inventário de Avaliação Clínica de Depressão (IACLIDE)

O Inventário de Avaliação Clínica de depressão (IACLIDE; Vaz Serra, 1994) é um instrumento de autoavaliação da sintomatologia depressiva, sendo constituído por 23 itens. Cada item é respondido numa escala ordinal de cinco posições: à primeira corresponde o valor zero (esta opção indica a inexistência de qualquer perturbação do foro depressivo) e à última corresponde o valor quatro (esta opção é indiciadora da gravidade máxima da sintomatologia depressiva). O IACLIDE afere quatro tipos de sintomas depressivos: (1) os biológicos (seis itens), que exprimem a relação que o indivíduo cria com o seu corpo; (2) os cognitivos (10 itens) traduzem os sintomas da relação que o sujeito estabelece consigo próprio, como pessoa; (3) os interpessoais (três itens) situam-se no campo da relação com os outros; e (4) os sintomas de desempenho de tarefa (quatro itens), que se prendem-se com questões relativas à relação que o indivíduo erige com o trabalho.

No estudo comparativo entre 340 indivíduos “saudáveis” (que nunca tiveram qualquer problema de natureza psicopatológica) e 340 “deprimidos” (amostra inicial), foi estabelecido como ponto de corte uma nota global de ≥ 20 , encontrando-se abaixo desse valor os indivíduos não deprimidos (Vaz Serra, 1994).

No nosso estudo, o IACLIDE demonstrou ter índices bastante aceitáveis de consistência interna: o α de Cronbach para o total das 23 questões foi de .93; em relação aos quatro conjuntos de sintomas, o α de Cronbach variou entre .69 (sintomas interpessoais) e .86 (sintomas cognitivos).

Brief RCOPE

O *Brief RCOPE* (Pargament, Feuille, & Burdzy, 2011; versão Portuguesa Europeia: Costa Catré, Ferreira, & Pessoa, 2011) é um questionário composto por 14 itens que avaliam o *coping* religioso: sete itens são relativos ao *coping* religioso positivo, o qual abarca “uma relação firme, segura, com uma força transcendente, um

sentido de ligação espiritual com os outros e um ponto de vista benevolente relativamente ao mundo” (Pargament et al., 2011, p. 51), e outros sete itens são respeitantes ao *coping* religioso negativo o qual “reflete uma tensão espiritual subjacente e uma luta, não só interior, como com os outros e com o divino” (Pargament et al., 2011, p. 51), perante os acontecimentos *stressantes* e/ou trágicos que acontecem na vida dos indivíduos.

Todos os itens são respondidos numa escala de resposta de quatro pontos, variando entre 1 (De modo nenhum) a 4 (Muitíssimo).

Na presente amostra, o coeficiente de consistência interna do *Brief RCOPE* foi de .89 para o conjunto dos 14 itens, sendo de .86 para o *coping* religioso negativo e de .93 para o *coping* religioso positivo.

Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES)

A *Assessment of Spirituality and Religious Sentiments* (ASPIRES; Piedmont, 2004; Versão Portuguesa Europeia: Costa Catré, Ferreira, & Pessoa, 2011⁵¹) é composta por duas subescalas: (1) a *Religious Sentiments* que engloba duas dimensões: (a) a *religious involvement* que é composta por oito itens e avalia até que ponto o indivíduo se envolve em práticas e rituais religiosos e sente que isso é verdadeiramente importante na sua vida; e (b) a *religious crisis* constituída por quatro itens que aferem em que medida o indivíduo se sente isolado de Deus e da sua Comunidade religiosa (Piedmont et al., 2009); e (2) a *Spiritual Transcendence Scale* (STS), composta por um total de 23 itens subdivididos, por sua vez, em três dimensões: (a) *universality*; (b) *prayer fulfillment*; e (c) *connectedness*, as quais avaliam, respetivamente, a crença num amplo sentido e propósito para a vida, a capacidade de criar um espaço pessoal que permite estabelecer uma relação positiva com uma *Realidade Maior* e os sentimentos de pertença e responsabilidade para com uma *Realidade Maior*. Essas dimensões atravessam gerações e grupos (Piedmont et al., 2009).

No nosso estudo, os valores α de Cronbach para a *religious involvement* e para a *religious crisis*, que compõem a *Religious Sentiments*, foram de, respetivamente, .86 e de .77, sendo o coeficiente de consistência interna total daquela escala de .75. No que respeita à STS, o total desta escala apresentou um índice de consistência interna de

⁵¹ Direitos da tradução Portuguesa cedidos ao autor, cf. Anexo E.

.91, tendo as suas três dimensões revelado um $\alpha = .92$ (*prayer fulfillment*); $\alpha = .80$ (*universality*); e $\alpha = .66$ (*connectedness*).

Utilizaremos apenas duas escalas do ASPIRES: a *religious involvement* (envolvimento religioso) e a *Spiritual Transcendence Scale* (que avalia, no nosso estudo, a espiritualidade como Transcendência). Quanto a esta última, a sua escala de resposta varia entre 1 (Concordo totalmente) e 5 (Discordo totalmente).

Quanto ao envolvimento religioso, o mesmo é avaliado através de uma escala de resposta que varia consoante os itens: nos itens um a três e no item oito, as escalas de resposta oscilam entre um a sete; nos itens quatro a seis variam entre um e cinco; e no item sete a escala de resposta varia entre um e seis.

AGE-UNIVERSAL I/E Scale-12

A *AGE UNIVERSAL I-E Scale-12* (Gorsuch & Venable, 1983; Maltby, 1999a; Versão Portuguesa Europeia: Costa Catré, Ferreira, & Pessoa, 2011) é uma escala tipo *Likert*, com opções de resposta de 1 (não); 2 (Talvez); e 3 (Sim) para um conjunto de 12 afirmações. Pretende avaliar a orientação religiosa dos indivíduos, estando essas afirmações/itens distribuídos por três subescalas: (1) orientação religiosa intrínseca (os seis primeiros itens); (2) orientação religiosa extrínseca pessoal (três itens); e (3) orientação religiosa extrínseca social (três itens).

Na nossa investigação, o coeficiente de fidelidade para o total da escala resultou num $\alpha = .87$ e, relativamente às suas dimensões, o índice de consistência interna foi de .91 para a orientação religiosa intrínseca; de .80 para a orientação religiosa extrínseca pessoal; e de .77 para a orientação religiosa extrínseca social.

Multi-Faith Religious Support Scale (MFRSS)

A *Multi-Faith Religious Support Scale* (MFRSS; Bjorck, & Maslim, 2011; Versão Portuguesa Europeia: Costa Catré, Ferreira, & Pessoa, 2011) é uma escala tipo *Likert*, com opções de resposta entre 1 (Discordo muito) e 5 (Concordo muito), que foi desenvolvida mantendo o que os autores consideram ser comum a várias tradições de fé: (1) a comunidade religiosa; (2) o líder religioso; e (3) um conceito de Deus.

Os autores optaram, nesta escala, por uma linguagem mais genérica do que a que fora utilizada na escala de Fiala et al. (2002) que lhe deu origem – a *Religious Support Scale* (RSS) - (e.g., ao invés de “Comunidade religiosa” utilizam a expressão “Participantes do grupo religioso”). Pretenderam, dessa forma, que a linguagem utilizada pudesse ir ao encontro da multiplicidade de crenças/fé/tradições religiosas (para mais pormenores, veja-se Bjorck & Maslim, 2011).

No nosso estudo, o coeficiente de α de Cronbach para o conjunto dos 21 itens que compõem a MFRSS foi de .97, sendo $\alpha = .94$ para a subescala *suporte de Deus*; $\alpha = .93$ para a do *suporte do líder religioso* e $\alpha = .93$ para a do *suporte dos participantes* do grupo religioso/comunidade religiosa, de onde se conclui que a escala demonstrou ter excelentes índices de consistência interna.

Big Five Inventory (BFI)

O *Big Five Inventory* (BFI; John, Donahue, & Kentle, 1991; John, Naumann, & Soto, 2008; Soto & John, 2009) é uma escala tipo Likert, entre 1 (Discordo totalmente) e 5 (Concordo totalmente), que se destina a avaliar os cinco traços de personalidade considerados consensuais no meio académico: extroversão, amabilidade, conscienciosidade, neuroticismo e abertura à experiência.

No nosso estudo foram calculados os coeficientes de fidelidade para o total do BFI e para cada uma das suas dimensões, apresentando um $\alpha = .81$ para o total dos 44 itens e variando entre .68 para a *Amabilidade* e .81 para a *Abertura à Experiência*.

Procedimentos

Para Validação do WHOQOL-SRPB, contactámos o Centro Português para a Avaliação da Qualidade de Vida, sediado em Coimbra, e o Grupo WHOQOL, na pessoa do Dr. Mark Van Omeran. Obtivemos a devida autorização para a nossa investigação (ANEXO A) e cumprimos com os procedimentos determinados pela OMS (para mais pormenores veja-se Costa Catré et al., 2014; Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, Catré, & Pereira, no prelo-a; Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Catré, Catré, & Pereira, no prelo-b).

No que concerne aos restantes instrumentos de medida utilizados no nosso estudo, contávamos apenas com dois deles em Língua Portuguesa: (1) o BFI, já de domínio público para efeitos de investigação, acedido, via *Internet*, na página oficial de *Berkeley Personality Lab*, de Oliver P. John; e (2) o IACLIDE. Contactámos, via correio eletrónico, o autor deste último instrumento de medida, o Professor Doutor Adriano Vaz Serra, que nos autorizou a utilizar o IACLIDE no nosso estudo e nos forneceu, via correio, graciosamente, um conjunto de materiais que nos serviram de apoio, na sua aplicação (Anexo E).

Relativamente aos outros instrumentos de medida, estabelecemos contacto, também via correio eletrónico, com os autores do *Brief RCOPE*, *ASPIRES*, *MFRSS* e *AGE-Universal I-E Scale-12*.

No que a este último diz respeito, fomos informados, por John Maltby, que o referido instrumento de medida se encontrava já no domínio público, sendo, por isso, dispensada a autorização para a sua utilização (ANEXO E).

Nos restantes casos, foi-nos dada a autorização para utilizarmos os mencionados instrumentos de medida, tendo os respetivos autores acompanhado o processo da sua tradução através da retroversão dos mesmos, e dando, inclusive, sugestões para melhorar a sua tradução final. Enviaram-nos, igualmente, algum material, entre outro, artigos ainda no prelo (e.g., Bjorck & Maslim, 2011; Pargament et al., 2011), o que nos permitiu, inclusivamente, compreender o alcance da intenção desses autores no desenvolvimento dos seus instrumentos de medida. Juntamos, em anexo, as autorizações de utilização dos instrumentos de medida que aplicámos no nosso estudo (Anexo E).

Estando a utilização dos instrumentos de medida dependente da autorização dos seus autores, decidimos não os incluir em anexo.

Elaborámos uma ficha de dados pessoais, na qual incluímos questões relativas à caracterização sociodemográfica dos sujeitos (e.g., idade, sexo, habilitação literária, profissão, situação profissional). Contemplámos, ainda, nessa ficha, outras questões, sobre os respondentes, tidas como relevantes pelo Grupo WHOQOL-SRPB no instrumento original, como sejam as relativas à perceção do estado de saúde, à presença de doença e ao tipo de doença, às crenças espirituais e pessoais, à autocaraterização como pessoa religiosa, ao recurso a serviços religiosos. A par destas

questões, incluímos também outras, relativas, designadamente, à afiliação religiosa e ao grau de importância da Religião na vida dos indivíduos (cf. Anexo H).

Estando o nosso inquérito pronto a ser ministrado, houve ainda necessidade de cuidar de outros aspetos formais, como sejam as autorizações de várias entidades.

Incidindo o nosso estudo sobre questões consideradas sensíveis, como a religiosidade e a espiritualidade, designadamente no que respeita à afiliação religiosa, e recaindo essencialmente em Estabelecimentos de Ensino, equacionámos a necessidade de submeter um pedido de autorização à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD), uma vez que se trata de matéria legalmente protegida. Esta Comissão Nacional veio a pronunciar-se no dia 11 de dezembro de 2012, deliberando no sentido de considerar que não se aplicava, ao caso *sub iudice*, a Lei 67/98 de 26 de outubro, por o nosso estudo não envolver, em nenhum momento, “o relacionamento direto ou indireto da identificação dos participantes no estudo com a informação constante dos cadernos de recolha de dados” (Anexo F).

Uma vez cumprida esta formalidade em matéria de recolha e tratamento de dados (afastando-se a possibilidade de incumprimento legal e ético), logo após o conhecimento desta deliberação, que ocorreu em 13 de dezembro de 2010, submetemos, ainda, um pedido de autorização à Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC). Este pedido foi feito em obediência ao disposto no ponto 1 do Despacho nº 15 847/2007 de 23 de julho o qual determina que “sem prejuízo do cumprimento do legalmente exigido em matéria de recolha e tratamento de dados, a aplicação de questionários ou outros inquéritos em agrupamentos de escolas, e escolas não agrupadas, do ensino público deve ser sempre previamente autorizada pela Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular” (DGIDC, atual Direção Geral da Educação).

Considerando que a amostra deste nosso estudo era com profissionais da Educação tornando, por isso, necessária a administração de questionários em Escolas, o nosso pedido de autorização para realização do mesmo foi submetido no dia 14 de dezembro de 2012 à DGIDC, através do sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME) destinado ao efeito. Contemplado com o nº 0336800001, o nosso

inquérito obteve o deferimento daquela entidade, chegando ao nosso conhecimento no dia 11 de janeiro de 2013 (Anexo F).

A recolha de dados teve lugar entre a segunda quinzena de janeiro e dezembro de 2013.

Estabelecemos contacto com as várias Escolas que seleccionámos, tendo reunido com representantes dos seus Órgãos de Direção no sentido de: (1) apresentar o nosso projeto de investigação; (2) solicitar a sua autorização para a realização do estudo; e (3) informá-los sobre o tipo de colaboração que pretendíamos.

Cada Direção definiu o seu *modus operandi*, quanto à entrega e recolha dos questionários aos docentes e não docentes.

Nas escolas em que tínhamos uma maior familiaridade (por lá termos lecionado) foi-nos facultada, pelo Órgão Diretivo, a possibilidade de contacto direto com os sujeitos para entrega e sensibilização da importância do nosso estudo, dando-lhes a conhecer, pessoalmente, os objetivos do mesmo. Esta permissão que nos foi dada, em diversas Escolas, permitiu-nos alargar consideravelmente o número de participantes no nosso estudo.

Em todos os casos, foi dado um prazo alargado para entrega dos questionários.

Deixámos junto de cada Direção um envelope, nas várias escolas, para que as pessoas, voluntária e anonimamente, colocassem os inquéritos, à medida que os fossem preenchendo, em local com o recato sugerido o qual foi, depois, definido por cada Estabelecimento de Ensino.

Análise de dados

No tratamento e análise dos dados utilizámos o programa IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, Versão 20.0). Para a caracterização da amostra, análise de valores omissos (*missing values*) e distribuição das respostas recorreremos à estatística descritiva (frequências relativas, médias e desvios-padrão).

Refira-se que as não respostas, porque < 10%, foram negligenciadas.

Para o estudo dos instrumentos de medida utilizámos, conforme já referimos, a amostra total.

Esses estudos englobaram a análise de fiabilidade, avaliada através da análise de consistência interna, que foi aferida através do cálculo do α de Cronbach. A contribuição de cada item para a consistência interna do instrumento foi determinada através dos coeficientes α de Cronbach excluindo os itens, em relação à totalidade do instrumento. Para avaliar em que medida cada item é capaz de representar adequadamente o constructo que o instrumento pretende medir i.e., para determinar o seu poder discriminativo ou validade interna, procedemos à análise dos coeficientes de correlação entre cada item e o total corrigido (excluindo o item). Nesta análise, seguimos os critérios apontados por Kline (2000), que sugere que são bons itens aqueles que se correlacionam acima de .30 com o total corrigido (total excluindo o item).

Com o objetivo de testarmos a estrutura original do WHOQOL-SRPB, recorreremos a uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC). Procedemos, assim, à análise de diversos índices de ajustamento, seguindo os critérios propostos por Byrne (2010): χ^2 (o nível de significação associado deverá ser superior a .05), *Comparative Fit Index* (CFI; cujo valor deverá ser igual ou superior a .90) e *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA; este valor deverá encontrar-se no intervalo entre .05 e .08).

Relativamente aos restantes instrumentos de medida, procedeu-se unicamente à sua Análise Fatorial Exploratória (AFE), a qual se tornou exequível através da análise de componentes principais através do KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*) e do Teste de Esfericidade de Bartlet, que nos disseram da sua adequabilidade. No que se refere ao primeiro, tivemos em conta o enunciado por Kaiser (citado por Pestana & Gageiro, 2000) para a AFE: 0.9 = Muito Boa; 0.8-0.9 = Boa; 0.7-0.8 = Média; 0.6-0.7 = Razoável; 0.5-0.6 = Má; e < 0.5 = Inaceitável. Teve-se em consideração, na constituição de cada fator, as saturações acima de .40. Quanto ao segundo, tivemos em consideração um nível de significância inferior a 0.5, indiciador da existência de uma correlação entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2000).

A validade dos constructos e a validade convergente foram, igualmente, exploradas através das análises correlacionais (correlações de Pearson). Níveis de significação inferiores a .05 foram considerados estatisticamente significativos.

A validade discriminante dos vários instrumentos de medida e a de grupos foram averiguadas através da Análise Multivariada da Variância (MANOVA), seguida de uma análise univariada (ANOVA). A magnitude do efeito i.e., a quantificação do valor da diferença entre as médias de dois ou mais grupos, foi aferida a partir do valor η^2 parcial, considerando-se que o mesmo sendo de 0.01 = Baixo; 0.06 = Médio; e 0.14 = Elevado (Cohen, 1988).

Testes *post-hoc* com a correção Bonferroni tiveram lugar quando as diferenças entre mais de dois grupos se revelaram significativas.

No caso dos instrumentos que apresentam uma única dimensão, levou-se a efeito uma Análise Univariada da Variância (ANOVA).

Nos estudos preditivos, optámos por fazer uma regressão hierárquica, usando como método de seleção das variáveis, o método *Enter* (Marôco, 2014), para incluir todas as variáveis em análise. Tivemos como objetivo determinar a percentagem da variância das variáveis dependentes em estudo, que é atribuível a cada uma das variáveis independentes e avaliar o respetivo valor preditivo.

Resultados

Estudos diferenciais

Dedicamos esta secção ao estudo da influência diferenciada de um conjunto de variáveis sociodemográficas nos diversos instrumentos que operacionalizam as variáveis da nossa investigação, com vista a testarmos a nossa primeira hipótese. Esta foi formulada nestes termos: *Existem diferenças significativas nas variáveis QdV; QdV espiritual; depressão; coping religioso; espiritualidade como Transcendência; envolvimento religioso; orientação religiosa; suporte social religioso; e personalidade em função das variáveis sociodemográficas (pessoal docente e não docente; género; idade; estado civil; nível de escolaridade; autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé; existência de crenças pessoais fortes; presença de doença e perceção de saúde).*

Apresentamos os resultados obtidos com os nossos estudos correlacionais a partir de cada uma das variáveis sociodemográficas, por ordem decrescente, como são referidas na nossa primeira hipótese de trabalho.

Pessoal Docente e Não Docente

Qualidade de vida (domínios e Faceta Geral do WHOQOL- BREF)

Efetuada a comparação entre pessoal docente e não docente ao nível dos domínios do WHOQOL- BREF (que avaliam a qualidade de vida física, psicológica, das relações sociais e do ambiente) e da sua Faceta Geral (que avalia a percepção global da QdV dos indivíduos), os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .94; $F(5, 375) = 4.66, p < .001, \eta p^2 = .06$]. Os testes univariados subsequentes mostraram que o pessoal docente apresentou valores significativamente mais elevados nos domínios físico, psicológico, ambiente e na Faceta Geral da QdV. A magnitude do efeito variou entre .01 (domínios físico e psicológico) e .05 (domínio do ambiente), valores Eta² parciais considerados baixos (cf. Tabela 27).

Tabela 27

Comparação dos domínios e da Faceta Geral do WHOQL-BREF em função de ser pessoal docente ou não docente

	Pessoal docente (n = 297)	Pessoal não docente (n = 119)	F	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
D1.Domínio Físico	74.66 (14.54)	71.43 (13.26)	3.99*	.01
D2.Domínio Psicológico	73.36 (13.49)	70.21 (13.91)	4.11*	.01
D3.Domínio Relações sociais	71.99 (16.35)	70.33 (14.98)	0.83	.00
D4.Domínio Ambiente	67.63 (11.76)	61.45 (12.59)	20.43***	.05
Faceta Geral	71.12 (13.92)	66.24 (14.08)	9.41**	.02

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Qualidade de vida espiritual (domínio VI - SRPB do WHOQOL-100)

Realizada a comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função de ser pessoal docente ou não docente, através de uma Análise Univariada da Variância, da mesma não resultaram diferenças estatisticamente significativas ($p = .24$) entre os dois grupos em questão (cf. Tabela 28).

Tabela 28

Comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função de ser pessoal docente ou não docente

	Pessoal docente ($n = 297$)	Pessoal não docente ($n = 119$)	F^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
Domínio VI – SRPB do WHOQOL-100	15.71 (2.93)	15.34 (2.43)	1.39	.00

Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Qualidade de vida espiritual (facetas da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB)

Procedeu-se à comparação entre pessoal docente e não docente ao nível das várias facetas do WHOQOL-SRPB que avaliam o domínio da qualidade de vida espiritual. Os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .92; $F(10,374) = 3.30$, $p < .001$, $\eta p^2 = .08$]. Os testes univariados subsequentes mostraram que o pessoal docente apresentou valores significativamente mais elevados nas Facetas SP2. *Sentido na vida*; SP3. *Admiração*; SP4. *Totalidade e Integração*; SP5. *Força espiritual*; SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia*; SP7. *Esperança e Otimismo*; e SP10. *Estilo de Vida*. A magnitude do efeito oscilou entre valores considerados baixos: $\eta p^2 = .01$, na Faceta SP2. *Sentido na vida* e $\eta p^2 = .04$ na Faceta SP3. *Admiração* (cf. Tabela 29).

Tabela 29

Comparação das facetas do WHOQOL-SRPB em função de ser pessoal docente ou não docente

	Pessoal docente (n = 297)	Pessoal não docente (n = 119)	F	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
SP1. Ligação a um Ser ou Força espiritual	60.84 (28.09)	55.90 (26.12)	2.48	.01
SP2. Sentido na Vida	75.70 (16.44)	71.61 (18.91)	4.38*	.01
SP3. Admiração	73.52 (13.30)	67.17 (15.48)	16.00***	.04
SP4. Totalidade e Integração	68.93 (15.95)	62.27 (15.71)	13.60***	.03
SP5. Força espiritual	65.58 (21.11)	60.57 (22.05)	4.24*	.01
SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia	66.23 (15.03)	61.86 (15.83)	6.35*	.02
SP7. Esperança e Otimismo	67.85 (14.84)	62.62 (17.68)	8.61**	.02
SP8. Fé	62.16 (26.76)	62.15 (22.97)	0.00	.00
SP9. Relação com os outros	69.45 (15.97)	66.65 (14.21)	2.52	.01
SP10. Estilo de Vida	67.20 (13.77)	61.27 (15.08)	13.57***	.03

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Depressão (sintomas depressivos do IACLIDE)

Efetuada a comparação entre pessoal docente e não docente ao nível dos sintomas depressivos do IACLIDE (cognitivos, biológicos, interpessoais e de desempenho de tarefa), os resultados mostraram a inexistência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .99; $F(4, 371) = 1.17$, $p = .32$], $\eta p^2 = .01$. Os testes univariados subsequentes confirmaram o mesmo, cf. Tabela 30.

Tabela 30

Comparação dos sintomas depressivos do IACLIDE em função de ser pessoal docente ou não docente

	Pessoal docente (n = 297)	Pessoal não docente (n = 119)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
Sintomas Cognitivos	5.08 (4.98)	4.76 (5.43)	0.30	.00
Sintomas Biológicos	4.23 (3.58)	4.48 (3.57)	0.70	.00
Sintomas Interpessoais	1.23 (1.53)	1.35 (2.02)	0.38	.00
Sintomas de Desempenho de Tarefa	1.91 (2.17)	1.68 (2.64)	0.30	.00

Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Coping religioso (dimensões do *Brief RCOPE*)

Tendo-se procedido à comparação entre pessoal docente e não docente ao nível do *coping* religioso – positivo e negativo – que é avaliado pelo *Brief RCOPE*, os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .94; $F(2, 394) = 12.03, p < .001, \eta p^2 = .06$]. Os testes univariados subsequentes mostraram que o pessoal não docente foi quem apresentou um valor significativamente mais elevado ao nível do *coping* religioso negativo. O valor Eta² parcial (.06), revelou a existência de uma magnitude do efeito considerada média, cf. Tabela 31.

Tabela 31

Comparação do *coping* religioso positivo e *coping* religioso negativo do *Brief RCOPE* em função de ser pessoal docente ou não docente

	Pessoal docente	Pessoal não docente	<i>F</i>	ηp^2
	(n = 297)	(n = 119)		
	M (SD)	M (SD)		
<i>Coping</i> religioso positivo	16.15 (0.33)	17.13 (0.53)	2.39	.01
<i>Coping</i> religioso negativo	8.93 (0.20)	10.80 (0.33)	24.06***	.06

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Espiritualidade como Transcendência (dimensões da STS do ASPIRES)

Foi efetuada a comparação entre pessoal docente e não docente ao nível da espiritualidade enquanto Transcendência, que é avaliada através da *Spiritual Transcendence Scale* (STS) do ASPIRES.

Verificou-se a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .97; $F(3, 380) = 4.17, p < .01, \eta p^2 = .03$]. Os testes univariados subsequentes mostraram que o pessoal docente apresentou valores significativamente mais elevados ao nível da dimensão *universality*. No entanto, a magnitude do efeito revelou-se baixa ($\eta p^2 = .02$), cf. Tabela 32.

Envolvimento religioso (dimensão da *Religious Sentiments* do ASPIRES)

Foi efetuada a comparação entre pessoal docente e não docente ao nível da subescala *Religious Sentiments* do ASPIRES. Os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .96; $F(3, 380) = 8.15, p < .001, \eta p^2 = .04$]. Os testes univariados subsequentes revelaram que, ao nível do *religious involvement* [adiante designado por envolvimento religioso]⁵², não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos; na *religious crisis* - a outra dimensão da *Religious Sentiments* - o pessoal não docente apresentou valores estatisticamente mais elevados do que os do pessoal docente. Todavia, a magnitude do efeito apresentou-se com um valor considerado baixo ($\eta p^2 = .02$), cf. Tabela 32.

Tabela 32

Comparação das dimensões do ASPIRES em função de ser pessoal docente ou não docente

	Pessoal docente (n = 297)	Pessoal não docente (n = 119)	F	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
<i>Religious Sentiments</i>				
<i>Religious involvement</i>	26.96 (9.20)	28.62 (8.76)	2.53	.01
<i>Religious crisis</i>	6.29 (2.47)	7.15 (2.85)	8.60**	.02
<i>Spiritual Transcendence Scale</i>				
<i>Prayer fulfillment</i>	35.77 (8.72)	35.17 (6.98)	0.39	.00
<i>Universality</i>	26.96 (4.50)	25.52 (3.99)	8.11**	.02
<i>Connectedness</i>	22.81 (3.66)	22.44 (3.37)	0.80	.00

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Orientação religiosa (dimensões da *AGE-UNIVERSAL I/E Scale-12*)

Realizada a comparação entre pessoal docente e não docente relativamente à orientação religiosa, que é avaliada pela *AGE-UNIVERSAL I-E Scale-12*, os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .98; $F(3, 392) = 2.71, p < .01, \eta p^2 = .02$]. Os testes univariados subsequentes revelaram que

⁵²Em virtude de as análises constantes nesta secção terem incluído a outra subescala da *Religious Sentiments* - a *religious crisis* - por uma questão prática e de coerência linguística, manteremos a designação *religious involvement* nas tabelas. Nos estudos correlacionais e na discussão dos resultados reportar-nos-emos apenas ao "envolvimento religioso".

o pessoal não docente apresentou um valor significativamente mais elevado ao nível da orientação religiosa extrínseca pessoal. A magnitude do efeito apresentou-se, todavia, com um valor η^2 parcial considerado baixo (.01), cf. Tabela 33.

Tabela 33

Comparação das dimensões do *AGE UNIVERSAL I-E Scale-12* em função de ser pessoal docente ou não docente

	Pessoal docente (n = 297)	Pessoal não docente (n = 119)	F	η^2
	M (SD)	M (SD)		
Orientação religiosa intrínseca	13.04 (3.93)	13.79 (3.61)	3.13	.01
Orientação religiosa extrínseca pessoal	6.19 (1.95)	6.68 (1.95)	5.07*	.01
Orientação religiosa extrínseca social	3.30 (1.12)	3.50 (1.12)	3.62	.01

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Suporte social religioso (dimensões do MFRSS)

Efetuada a comparação entre pessoal docente e não docente ao nível do suporte social religioso, aferido pelo MFRSS, os resultados mostraram a inexistência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .99; $F(4, 371) = 1.17$, $p = .37$, $\eta^2 = .01$]. Os testes univariados subsequentes reforçam o mesmo (cf. Tabela 34).

Tabela 34.

Comparação das dimensões do suporte social religioso (MFRSS) em função de ser pessoal docente ou não docente

	Pessoal docente (n = 297)	Pessoal não docente (n = 119)	F ^a	η^2
	M (SD)	M (SD)		
Suporte de Deus	21.08 (6.24)	22.05 (4.94)	1.92	.01
Suporte do líder religioso	21.11 (7.02)	22.50 (5.62)	3.11	.01
Suporte dos participantes/comunidade religiosa	21.37 (6.94)	22.69 (5.22)	2.96	.01

Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Personalidade (traços de personalidade do *Big Five Inventory*)

Procedeu-se à comparação entre pessoal docente e não docente no que respeita aos traços de personalidade, avaliados pelo *Big Five Inventory* (BFI), os resultados mostraram não existir qualquer efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .97; $F(5, 370) = 2.06$, $p = .07$, $\eta p^2 = .03$]. Os testes univariados subsequentes revelaram, no entanto, que o pessoal docente apresentou um valor significativamente mais elevado na abertura à experiência mas, conforme se pode verificar, com uma magnitude do efeito baixa ($\eta p^2 = .02$), cf. Tabela 35.

Tabela 35

Comparação dos traços de personalidade do *Big Five Inventory* em função de ser pessoal docente ou não docente

	Pessoal docente ($n = 297$)	Pessoal não docente ($n = 119$)	F	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
Extroversão	26.38 (4.61)	26.22 (4.69)	0.08	.00
Amabilidade	35.07 (4.19)	34.85 (4.33)	0.21	.00
Conscienciosidade	33.09 (4.71)	32.45 (4.45)	1.36	.00
Neuroticismo	23.92 (5.01)	23.82 (4.89)	0.03	.00
Abertura à experiência	37.05 (5.34)	35.23 (5.06)	8.56**	.02

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Género

Qualidade de vida (domínios e Faceta Geral do WHOQOL- BREF)

Efetuada a comparação entre o género masculino e feminino, no que respeita aos domínios do WHOQOL- BREF, os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .97; $F(5, 375) = 2.64$, $p < .05$, $\eta p^2 = .03$]. Os testes univariados subsequentes mostraram que os homens apresentaram valores significativamente mais elevados nos domínios físico, psicológico, ambiente e na Faceta Geral da QdV. A magnitude dos efeitos variou entre .01 (domínio físico) e .02 (domínio do ambiente e na Faceta Geral), valores ηp^2 parciais considerados baixos (cf. Tabela 36).

Tabela 36

Comparação dos domínios e da Faceta Geral do WHOQL-BREF em função do género

	Masculino (n = 89)	Feminino (n = 327)	F	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
D1.Domínio Físico	76.72 (13.92)	72.90 (14.25)	4.80*	.01
D2.Domínio Psicológico	75.74 (12.73)	71.54 (13.80)	6.32*	.02
D3.Domínio Relações sociais	72.55 (14.13)	71.23 (16.48)	0.45	.00
D4.Domínio Ambiente	69.08 (12.89)	64.98 (12.00)	7.46**	.02
Faceta Geral	73.53 (12.71)	68.67(14.34)	7.98**	.02

 Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Qualidade de vida espiritual (domínio VI - SRPB do WHOQOL-100)

Realizada a comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função do género, através de uma Análise Univariada da Variância da mesma resultou a inexistência de quaisquer diferenças significativas ($p = .09$) entre os grupos (cf. Tabela 37).

Tabela 37

Comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função do género

	Masculino (n = 89)	Feminino (n = 327)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
Domínio VI – SRPB do WHOQOL-100	15.15 (2.84)	15.73 (2.78)	2.94	.01

 Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

 * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Qualidade de vida espiritual (facetas da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB)

Procedeu-se à comparação entre o género masculino e feminino, ao nível das várias facetas do WHOQOL-SRPB. Os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .91; $F(10,374) = 4.12$, $p < .001$, $\eta p^2 = .10$]. Os testes univariados subsequentes revelaram que as mulheres apresentaram valores significativamente mais elevados nas facetas *SP1. Ligação a um Ser ou Força espiritual*; *SP2. Sentido na vida*; *SP5. Força espiritual*; *SP8. Fé* e *SP9. Relação com os outros*, enquanto os homens evidenciaram um valor significativamente mais elevado na *Faceta SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia*. A magnitude dos efeitos foi baixa, oscilando entre valores η^2 parciais de .01 (nas Facetas *SP2. Sentido na vida* e *SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia*) e .03 (na Faceta *SP8. Fé*), cf. Tabela 38.

Tabela 38

Comparação das facetas do WHOQOL-SRPB em função do género

	Masculino (n = 89)	Feminino (n = 327)	F	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
SP1.Ligação a um Ser ou Força espiritual	51.87 (30.75)	61.68 (26.27)	8.68**	.02
SP2.Sentido na Vida	71.26 (16.69)	75.52 (17.31)	4.15*	.01
SP3. Admiração	70.98 (14.89)	71.98 (14.02)	0.34	.00
SP4. Totalidade e Integração	67.39 (18.42)	66.99 (15.45)	0.04	.00
SP5. Força espiritual	59.41 (24.82)	65.58 (20.21)	5.64*	.02
SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia	68.39 (14.84)	64.03 (15.40)	5.49*	.01
SP7. Esperança e Otimismo	68.68 (15.93)	65.73 (15.77)	2.34	.01
SP8. Fé	53.59 (30.12)	64.66 (23.78)	12.85***	.03
SP9. Relação com os outros	65.16 (19.20)	69.69 (14.16)	5.82*	.02
SP10. Estilo de Vida	66.88 (13.04)	65.16 (14.74)	0.96	.00

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Depressão (sintomas depressivos do IACLIDE)

Efetuada a comparação entre o género masculino e o feminino ao nível dos sintomas depressivos do IACLIDE, os resultados mostraram a inexistência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .95; $F(4, 371) = 5.04$, $p < .001$, $\eta p^2 = .05$]. Os testes univariados subsequentes indicaram que as mulheres apresentaram valores significativamente mais elevados em todos os sintomas depressivos. Os valores Eta^2 parciais apresentados entre .02 (sintomas cognitivos e sintomas interpessoais) e .05 (sintomas biológicos) revelaram uma magnitude dos efeitos baixa, salientando-se, todavia, que este último valor apresentado ($\eta p^2 = .05$), se aproxima já de um valor considerado médio (cf. Tabela 39).

Tabela 39

Comparação dos sintomas depressivos do IACLIDE em função do género

	Masculino (n = 89) M (SD)	Feminino (n = 327) M (SD)	F	ηp^2
Sintomas Cognitivos	3.69 (4.61)	5.38 (5.17)	7.31**	.02
Sintomas Biológicos	2.73 (3.35)	4.76 (3.84)	19.33***	.05
Sintomas Interpessoais	0.85 (1.33)	1.38 (1.74)	6.78**	.02
Sintomas de Desempenho de Tarefa	1.15 (1.98)	2.05 (2.35)	10.40***	.03

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Coping religioso (dimensões do Brief RCOPE)

Tendo-se procedido à comparação entre o género masculino e o feminino, ao nível do *coping* religioso positivo e negativo, os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .94; $F(2, 394) = 11.64$, $p < .001$, $\eta p^2 = .06$]. Os testes univariados subsequentes mostraram que as mulheres evidenciaram valores significativamente mais elevados ao nível dos dois tipos de *coping*. Os valores Eta^2 parciais apresentados revelaram uma magnitude dos efeitos considerada baixa ($\eta p^2 = .02$; $\eta p^2 = .05$), ainda que este último valor se aproxime mais de um valor considerado médio (cf. Tabela 40).

Tabela 40

Comparação do *coping* religioso positivo e *coping* religioso negativo do *Brief RCOPE* em função do gênero

	Masculino (n = 89)	Feminino (n = 327)	F	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
<i>Coping</i> religioso positivo	14.05 (5.55)	17.09 (5.48)	20.89***	.05
<i>Coping</i> religioso negativo	8.56 (2.79)	9.70 (3.66)	7.21**	.02

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Espiritualidade como Transcendência (dimensões da STS do ASPIRES)

Foi efetuada a comparação entre o gênero masculino e o feminino, ao nível da segunda subescala do ASPIRES – a STS – do ASPIRES. Verificou-se a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .95; $F(3, 380) = 7.06$, $p < .001$, $\eta p^2 = .05$]. Os testes univariados subsequentes mostraram que foram, igualmente, as mulheres que apresentaram valores significativamente mais elevados nas dimensões *prayer fulfillment* e *connectedness*. Todavia, também aqui a magnitude dos efeitos revelou-se baixa ($\eta p^2 = .03$), cf. Tabela 41.

Envolvimento religioso (dimensão da *Religious Sentiments* do ASPIRES)

Os resultados mostraram, no caso da subescala *Religious Sentiments* a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .95; $F(2, 381) = 9.68$, $p < .001$, $\eta p^2 = .05$]. Os testes univariados subsequentes revelaram que as mulheres apresentaram um valor significativamente mais elevado no que respeita à *religious involvement*. A magnitude do efeito foi, no entanto, baixa ($\eta p^2 = .04$), cf. Tabela 41.

Tabela 41
 Comparação das dimensões do ASPIRES em função do género

	Masculino	Feminino	F	ηp^2
	M (SD) (n = 89)	M (SD) (n = 327)		
Religious Sentiments				
<i>Religious involvement</i>	24.05 (9.92)	28.36 (8.64)	15.29***	.04
<i>Religious crisis</i>	6.38 (2.62)	6.56 (2.60)	0.32	.00
Spiritual Transcendence Scale				
<i>Prayer fulfillment</i>	33.08 (8.77)	36.32 (8.02)	10.38***	.03
<i>Universality</i>	25.92 (4.81)	26.76 (4.28)	2.44	.01
<i>Connectedness</i>	21.58 (3.64)	23.04 (3.51)	11.29***	.03

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Orientação religiosa (dimensões da *AGE-UNIVERSAL I-E Scale-12*)

Realizada a comparação entre o género masculino e o feminino relativamente à orientação religiosa, avaliada pela *AGE-UNIVERSAL I-E Scale-12*, os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .93; $F(3, 392) = 10.65$, $p < .001$, $\eta p^2 = .08$]. Os testes univariados subsequentes mostraram que as mulheres apresentaram valores significativamente mais elevados do que os dos homens, ao nível da orientação religiosa intrínseca e extrínseca pessoal. Enquanto no primeiro caso a magnitude do efeito foi baixa ($\eta p^2 = .03$), no segundo o valor Eta² parcial apresentou-se com .07, um valor considerado médio (cf. Tabela 42).

Tabela 42

Comparação das dimensões do *AGE UNIVERSAL I-E Scale-12* em função do género

	Masculino (n = 89)	Feminino (n = 327)	F	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
Orientação religiosa intrínseca	11.87 (3.91)	13.62 (3.76)	14.21***	.04
Orientação religiosa extrínseca pessoal	5.37 (1.86)	6.59 (1.91)	27.23***	.07
Orientação religiosa extrínseca social	3.44 (1.07)	3.34 (0.89)	0.78	.00

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Suporte social religioso (dimensões do MFRSS)

Efetuada a comparação ao nível do suporte social religioso (MFRSS), em função do género, os resultados mostraram um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .97; $F(3, 356) = 4.08$, $p < .01$, $\eta p^2 = .03$]. Os testes univariados subsequentes indicaram valores significativamente mais elevados no grupo das mulheres no suporte de Deus. No entanto, a magnitude do efeito revelou-se baixa ($\eta p^2 = .02$), cf. Tabela 43.

Tabela 43

Comparação das dimensões do MFRSS em função do género

	Masculino (n = 89)	Feminino (n = 327)	F	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
Suporte de Deus	19.45 (6.93)	21.87 (5.51)	1.51***	.03
Suporte do líder religioso	20.50 (7.57)	21.76 (6.41)	2.17	.01
Suporte dos participantes/comunidade religiosa	20.92 (7.33)	21.95 (6.30)	10.48	.00

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Personalidade (traços de personalidade do *Big Five Inventory*)

Procedeu-se à comparação dos traços de personalidade (BFI), em função do género. Os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .90; $F(5, 370) = 8.44, p < .001, \eta^2 = .11$]. Os testes univariados subsequentes revelaram que as mulheres apresentaram valores significativamente mais elevados ao nível da conscienciosidade e do neuroticismo. A magnitude do efeito neste último caso apresentou-se com um valor médio ($\eta^2 = .07$), enquanto na conscienciosidade o valor é baixo ($\eta^2 = .02$), cf. Tabela 44.

Tabela 44

Comparação dos traços de personalidade do *Big Five Inventory* em função do género

	Masculino (n = 89)	Feminino (n = 327)	F	η^2
	M (SD)	M (SD)		
Extroversão	25.78 (4.40)	26.49 (4.69)	1.53	.00
Amabilidade	34.58 (3.64)	35.14 (4.37)	1.13	.00
Conscienciosidade	31.80 (4.73)	33.24 (4.58)	6.33*	.02
Neuroticismo	21.45 (4.04)	24.58 (5.00)	27.55***	.07
Abertura à experiência	36.95 (5.40)	36.47 (5.31)	0.53	.00

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Idade

Qualidade de vida (domínios e Faceta Geral do WHOQOL- BREF)

Efetuada a comparação dos domínios do WHOQOL- BREF em função da categorização da idade, os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .95; $F(5, 369) = 4.04, p < .001, \eta^2 = .05$]. Os testes univariados subsequentes mostraram que o grupo dos participantes com idade ≤ 45 anos apresentou valores significativamente mais elevados em todos os domínios da QdV, com exceção do ambiente, onde as diferenças encontradas entre os dois grupos não foram estatisticamente significativas. A magnitude do efeito variou

entre .01 (domínio psicológico e Faceta Geral) e .04 (domínio físico), valores η^2 parciais considerados baixos (cf. Tabela 45).

Tabela 45

Comparação dos domínios e da Faceta Geral do WHOQL-BREF em função da categorização da idade

	≤ 45 anos (n = 177)	> 45 anos (n = 233)	F	η^2
	M (SD)	M (SD)		
D1.Domínio Físico	76.95 (13.37)	71.07 (14.47)	16.29***	.04
D2.Domínio Psicológico	73.94 (13.17)	71.31 (14.05)	3.42*	.01
D3.Domínio Relações sociais	73.89 (15.69)	69.56 (16.05)	6.84**	.02
D4.Domínio Ambiente	66.87 (12.78)	65.04 (11.91)	2.05	.01
Faceta Geral	71.29 (13.54)	68.39 (14.43)	3.93*	.01

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Qualidade de vida espiritual (domínio VI - SRPB do WHOQOL-100)

Realizada a comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função da categorização da idade, através de uma Análise Univariada da Variância, da mesma não resultaram quaisquer diferenças estatisticamente significativas ($p = .84$) entre os dois grupos (cf. Tabela 46).

Tabela 46

Comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função da categorização da idade

	≤ 45 anos (n = 177)	> 45 anos (n = 233)	F ^a	η^2
	M (SD)	M (SD)		
Domínio VI – SRPB do WHOQOL-100	15.57 (2.88)	15.63 (2.75)	0.04	.00

Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Qualidade de vida espiritual (facetas da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB)

Procedeu-se à comparação ao nível das várias Facetas do WHOQOL-SRPB, em função da categorização da idade. Os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .93; $F(10,368) = 2.69$, $p < .01$, $\eta p^2 = .07$]. Os testes univariados subsequentes mostraram que o grupo dos que tem uma idade > 45 anos apresentou um valor significativamente mais elevado na Faceta SP5. *Força espiritual*, no entanto com a magnitude do efeito a apresentar um valor considerado baixo ($\eta p^2 = .01$), cf. Tabela 47.

Tabela 47

Comparação das facetas do WHOQOL-SRPB em função da categorização da idade

	≤ 45 anos	> 45 anos	F	ηp^2
	(n = 177)	(n = 233)		
	M (SD)	M (SD)		
SP1. Ligeira a um Ser ou Força espiritual	57.36 (28.76)	61.22 (26.63)	1.83	.01
SP2. Sentido na Vida	76.26 (17.13)	73.31 (17.31)	2.71	.01
SP3. Admiração	70.81(14.07)	72.38 (14.45)	1.13	.00
SP4. Totalidade e Integração	66.20 (15.41)	67.73 (16.83)	0.83	.00
SP5. Força espiritual	61.55 (21.80)	65.96 (21.20)	3.93*	.01
SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia	64.98 (15.87)	65.03 (15.10)	0.00	.00
SP7. Esperança e Otimismo	65.70 (16.89)	66.83 (14.98)	0.47	.00
SP8. Fé	62.23 (25.09)	62.33 (26.20)	0.00	.00
SP9. Relação com os outros	67.61 (16.33)	69.45 (15.04)	1.29	.00
SP10. Estilo de Vida	64.79 (13.97)	66.05 (14.71)	0.71	.00

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Depressão (sintomas depressivos do IACLIDE)

Efetuada a comparação ao nível dos sintomas depressivos do IACLIDE, em função da categorização da idade, os resultados indicaram a inexistência de qualquer efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .98; $F(4, 365) = 1.94$, $p = .10$], $\eta p^2 = .02$]. Os testes univariados subsequentes confirmaram o mesmo (cf. Tabela 48).

Tabela 48

Comparação dos sintomas depressivos do IACLIDE em função da categorização da idade

	≤ 45 anos (n = 177)	> 45 anos (n = 233)	F ^a	ηp ²
	M (SD)	M (SD)		
Sintomas Cognitivos	5.02 (5.88)	5.04 (4.44)	0.00	.00
Sintomas Biológicos	4.11 (4.36)	4.50 (3.38)	0.92	.00
Sintomas Interpessoais	1.16 (1.92)	1.34 (1.44)	1.14	.00
Sintomas de Desempenho de Tarefa	1.63 (2.45)	2.06 (2.18)	3.10	.01

Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Coping religioso (dimensões do *Brief RCOPE*)

Tendo-se procedido à comparação ao nível do *coping* religioso do *Brief RCOPE*, em função da categorização da idade, os resultados indicaram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .98; $F(2, 388) = 3.23$, $p < .05$, $\eta p^2 = .02$]. Os testes univariados subsequentes mostraram que as pessoas com idade ≤ 45 anos apresentaram um valor significativamente superior ao nível do *coping* religioso negativo. Todavia, a magnitude do efeito apresentou-se com um valor considerado baixo ($\eta p^2 = .01$), cf. Tabela 49.

Tabela 49

Comparação do *coping* religioso positivo e *coping* religioso negativo do *Brief RCOPE* em função da categorização da idade

	≤ 45 anos (n = 177)	> 45 anos (n = 233)	F	ηp ²
	M (SD)	M (SD)		
<i>Coping</i> religioso positivo	16.33 (5.41)	16.55 (5.82)	0.14	.00
<i>Coping</i> religioso negativo	9.93 (4.15)	9.11 (2.94)	5.33*	.01

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Espiritualidade como Transcendência (dimensões da STS do ASPIRES)

Foi efetuada a comparação ao nível da dimensão STS do ASPIRES, em função da categorização da idade. Verificou-se um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .98; $F(3, 374) = 3.21$, $p < .05$, $\eta p^2 = .03$]. Os testes univariados subsequentes mostraram que as pessoas com idade ≥ 45 anos apresentaram um valor significativamente mais elevado ao nível da dimensão *universality*. O valor Eta^2 parcial apresentado (.02) revelou uma magnitude do efeito baixa (cf. Tabela 50).

Envolvimento religioso (dimensão da *Religious Sentiments* do ASPIRES)

Os resultados mostraram, no caso da subescala *Religious Sentiments*, a inexistência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .99; $F(2, 377) = 1.52$, $p = .22$, $\eta p^2 = .01$]. Os testes univariados subsequentes confirmaram o mesmo (cf. Tabela 50).

Tabela 50

Comparação das dimensões do ASPIRES em função da categorização da idade

	≤ 45 anos ($n = 177$)	> 45 anos ($n = 233$)	<i>F</i>	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
<i>Religious Sentiments</i>				
<i>Religious Involvement</i>	26.70 (9.00)	27.88 (9.18)	1.56	.00
<i>Religious Crisis</i>	6.42 (2.71)	6.62 (2.53)	0.53	.00
<i>Spiritual Transcendence Scale</i>				
<i>Prayer fulfillment</i>	35.15 (8.12)	35.99 (8.41)	0.94	.00
<i>Universality</i>	25.90 (4.52)	27.08 (4.31)	6.75**	.02
<i>Connectedness</i>	22.65 (3.81)	22.78 (3.44)	0.12	.00

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Orientação religiosa (dimensão da AGE-UNIVERSAL I-E Scale-12)

Realizada a comparação relativamente à orientação religiosa, da AGE-UNIVERSAL I-E Scale-12 em função da categorização da idade, os resultados mostraram a inexistência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .99; $F(3, 386) = 1.06$, $p = 0.37$], $\eta p^2 = .01$]. Os testes univariados subsequentes confirmaram o mesmo (cf. Tabela 51).

Tabela 51

Comparação das dimensões do AGE UNIVERSAL I-E Scale-12 em função da categorização da idade

	≤ 45 anos	> 45 anos	F^a	ηp^2
	($n = 177$)	($n = 233$)		
	M (SD)	M (SD)		
Orientação religiosa intrínseca	12.99 (3.83)	13.48 (3.84)	1.54	.00
Orientação religiosa extrínseca pessoal	6.27 (1.94)	6.38 (1.96)	0.33	.00
Orientação religiosa extrínseca Social	3.42 (1.02)	3.32 (0.86)	1.19	.00

Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Suporte social religioso (dimensões do MFRSS)

Efetuada a comparação ao nível das dimensões do MFRSS, em função da categorização da idade, os resultados mostraram a inexistência de qualquer efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = 1.00; $F(3, 350) = 0.44$, $p = .73$, $\eta p^2 = .00$]. Os testes univariados subsequentes revelaram o mesmo (cf. Tabela 52).

Tabela 52

Comparação das dimensões do MFRSS em função da categorização da idade

	≤ 45 anos (n = 177)	> 45 anos (n = 233)	F^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
Suporte de Deus	21.27 (5.95)	21.49 (5.87)	0.13	.00
Suporte do líder religioso	21.13 (7.13)	21.80 (6.30)	0.86	.00
Suporte dos participantes/comunidade religiosa	21.46 (7.10)	21.95 (6.07)	0.48	.00

 Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

 * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Personalidade (traços de Personalidade do *Big Five Inventory*)

Procedeu-se à comparação dos traços de personalidade, avaliados pelo *Big Five Inventory* (BFI), em função da categorização da idade. Os resultados revelaram não existir qualquer efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = 1.00; $F(5, 364) = 0.27$, $p = .93$, $\eta p^2 = .00$]. Os testes univariados subsequentes reforçaram o mesmo (cf. Tabela 53).

Tabela 53

 Comparação dos traços de personalidade do *Big Five Inventory* em função da categorização da idade

	≤ 45 anos (n = 177)	> 45 anos (n = 233)	F^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
Extroversão	26.22 (4.65)	26.32 (4.59)	0.04	.00
Amabilidade	34.89 (4.18)	35.11 (4.26)	0.24	.00
Conscienciosidade	32.99 (4.81)	32.95 (4.49)	0.01	.00
Neuroticismo	23.64 (5.26)	24.06 (4.81)	0.62	.00
Abertura à experiência	36.67 (4.76)	36.55 (5.71)	0.05	.00

 Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas

 * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Estado civil

Qualidade de vida (domínios e Faceta Geral do WHOQOL- BREF)

Efetuada a comparação ao nível dos domínios do WHOQOL- BREF, em função do estado civil, os resultados evidenciaram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .94; $F(5, 371) = 2.43$, $p < .01$, $\eta p^2 = .03$]. Os testes univariados subsequentes revelaram diferenças estatisticamente significativas nos domínios psicológico e das relações sociais da QdV. Os valores Eta^2 parciais, entre .02 (domínio psicológico) e .03 (domínio das relações sociais) revelaram uma magnitude dos efeitos que é tida como baixa (cf. Tabela 54).

Tabela 54

Comparação dos domínios e da Faceta Geral do WHOQOL-BREF em função do estado civil

	Solteiro(a) ($n = 67$)	Casado(a)/ união de facto ($n = 306$)	Separado(a)/ divorciado(a) ($n = 37$)	F^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
D1.Domínio Físico	76.48 (12.35)	73.58 (14.42)	70.28 (16.41)	2.04	.01
D2.Domínio Psicológico	72.05 (12.90)	73.34 (13.17)	65.18 (18.61)	4.65**	.02
D3.Domínio Relações sociais	71.03 (17.93)	72.65 (14.44)	62.80 (21.69)	5.08**	.03
D4.Domínio Ambiente	68.85 (12.41)	65.45 (12.31)	63.39 (11.78)	2.64	.01
Faceta Geral	71.54 (13.53)	69.98 (14.10)	65.63 (14.28)	1.75	.01

Legenda. ^a As comparações *post-hoc* nos dois domínios – psicológico e relações sociais – foram estatisticamente significativas apenas entre o grupo casado(a)/união de facto e o grupo separado(a)/divorciado(a).

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Qualidade de vida espiritual (domínio VI - SRPB do WHOQOL-100)

Realizada a comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função do estado civil, através de uma Análise Univariada da Variância da mesma resultou a inexistência de quaisquer diferenças significativas entre os vários grupos ($p = .36$). Os testes univariados subsequentes confirmaram o mesmo (cf. Tabela 55).

Tabela 55

Comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função do estado civil

	Solteiro(a) (n = 67)	Casado(a)/ união de facto (n = 306)	Separado(a)/ divorciado(a) (n = 37)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Domínio VI - SRPB do WHOQOL-100	15.87 (2.78)	15.60 (2.67)	15.03 (3.82)	1.04	.01

 Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

 * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Qualidade de vida espiritual (facetas da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB)

Procedeu-se à comparação ao nível das várias Facetas do WHOQOL-SRPB, em função do estado civil. Os resultados mostraram não existir qualquer efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .93; $F(10, 368) = 1.37$, $p = .13$, $\eta p^2 = .04$]. Os testes univariados subsequentes confirmaram não haver diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos (cf. Tabela 56).

Tabela 56

Comparação das facetas do WHOQOL-SRPB em função do estado civil

	Solteiro(a) (n = 67)	Casado(a)/ União de facto (n = 306)	Separado(a)/ divorciado(a) (n = 37)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
SP1. Ligeira ligação a um Ser ou Força espiritual	57.12 (32.04)	59.46 (25.90)	61.91 (31.32)	0.35	.00
SP2. Sentido na Vida	74.33 (19.43)	74.36 (16.40)	73.83 (19.34)	0.01	.00
SP3. Admiração	72.88 (14.33)	71.32 (13.84)	73.63 (17.00)	0.62	.00
SP4. Totalidade e Integração	66.83 (17.43)	67.35 (15.13)	64.26 (21.61)	0.53	.00
SP5. Força espiritual	61.63 (24.60)	64.74 (19.52)	63.28 (27.48)	0.59	.00
SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia	65.67 (15.55)	65.29 (15.11)	61.33 (17.99)	1.02	.01
SP7. Esperança e Otimismo	64.71 (17.76)	67.00 (15.06)	65.63 (18.10)	0.61	.00
SP8. Fé	60.58 (29.17)	62.41 (24.58)	59.77 (29.53)	1.53	.00

SP9. Relação com os outros	69.04 (18.37)	68.42 (14.69)	69.73 (17.25)	0.13	.00
SP10. Estilo de Vida	66.15 (15.02)	66.09 (13.57)	61.52 (17.25)	0.25	.01

Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Depressão (sintomas depressivos do IACLIDE)

Efetuada a comparação ao nível dos sintomas depressivos do IACLIDE, em função do estado civil, os resultados revelaram não existir qualquer efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .99; $F(4, 366) = 0.69$, $p = .70$, $\eta p^2 = .01$]. Os testes univariados subsequentes confirmaram não haver diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos (cf. Tabela 57).

Tabela 57

Comparação dos sintomas depressivos do IACLIDE em função do estado civil

	Solteiro(a) ($n = 67$)	Casado(a)/ união de facto ($n = 306$)	Separado(a)/ Divorciado(a) ($n = 37$)	F^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Sintomas Cognitivos	5.35 (6.24)	4.69 (4.73)	6.09 (4.77)	1.41	.01
Sintomas Biológicos	4.39 (4.30)	4.16 (3.75)	4.82 (3.57)	0.48	.00
Sintomas interpessoais	1.36 (1.85)	1.17 (1.59)	1.39 (1.59)	0.58	.00
Sintomas de Desempenho de Tarefa	1.91 (2.65)	1.82 (2.20)	1.91 (2.45)	0.06	.00

Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Coping religioso (dimensões do Brief RCOPE)

Tendo-se procedido à comparação ao nível do coping religioso do Brief RCOPE, em função do estado civil, os resultados mostraram não existir qualquer efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .99; $F(2, 388) = 1.32$, $p = .26$, $\eta p^2 = .01$]. Os testes univariados subsequentes confirmaram não haver diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos (cf. Tabela 58).

Tabela 58

Comparação do *coping* religioso positivo e do *coping* religioso negativo do *Brief RCOPE* em função do estado civil

	Solteiro(a) (n = 67)	Casado(a)/ união de facto (n = 306)	Separado(a)/ divorciado(a) (n = 37)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
<i>Coping </i> religioso negativo	15.95 (6.12)	16.33 (5.46)	17.47 (6.14)	0.83	.00
<i>Coping </i> religioso positivo	9.36 (3.68)	9.31 (3.49)	10.68 (3.47)	2.31	.01

Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Espiritualidade como Transcendência (dimensões da STS do ASPIRES)

Foi efetuada a comparação ao nível da STS, em função do estado civil. Verificou-se não existir qualquer efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .98; $F(3, 375) = 1.31$, $p = .25$, $\eta p^2 = .01$]. Os testes univariados subsequentes confirmaram não haver diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos (cf. Tabela 59).

Envolvimento religioso (dimensão da *Religious Sentiments* do ASPIRES)

Os resultados mostraram, no caso da subescala *Religious Sentiments* , a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .98; $F(2, 376) = 1.79$, $p < .05$, $\eta p^2 = .01$]. Todavia, dos testes univariados subsequentes apenas resultaram diferenças significativas na dimensão *religious crisis* , com os separados/divorciados a apresentarem valores mais elevados. O valor Eta^2 parcial apresentado (.02) revelou, no entanto, uma magnitude do efeito baixa (cf. Tabela 59).

Tabela 59

Comparação das dimensões do ASPIRES em função do estado civil

	Solteiro(a)	Casado(a)/ união de facto	Separado(a)/ divorciado(a)	F^a	ηp^2
	M (SD) (n = 67)	M (SD) (n = 306)	M (SD) (n = 37)		
Religious Sentiments					
<i>Religious involvement</i>	27.71(10.20)	27.40 (8.92)	26.42 (8.92)	0.22	.00
<i>Religious crisis</i>	5.91 (2.48)	6.58 (2.56)	7.33 (3.08)	3.52*	.02
Spiritual Transcendence Scale					
<i>Prayer fulfillment</i>	35.43 (9.20)	35.68 (7.90)	34.94 (10.04)	0.13	.00
<i>Universality</i>	26.12 (5.76)	26.54 (3.92)	27.49 (5.32)	1.09	.01
<i>Connectedness</i>	22.06 (4.08)	22.78 (3.42)	23.20 (3.95)	1.44	.01

Legenda. ^a As comparações *post-hoc* foram estatisticamente significativas entre o grupo casado(a)/união de facto e o grupo separado(a)/divorciado(a).

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Orientação religiosa (dimensões da AGE-UNIVERSAL I/E Scale-12)

Realizada a comparação relativamente à orientação religiosa (AGE-UNIVERSAL I-E Scale-12), em função do estado civil, os resultados mostraram a inexistência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .97; $F(3, 386) = 1.78$, $p = .10$, $\eta p^2 = .01$]. Todavia, os testes univariados subsequentes revelaram existir diferenças significativas ao nível da orientação religiosa extrínseca pessoal, com as pessoas casadas/união de facto a apresentarem valores mais elevados. Ainda assim, é de verificar que a magnitude do efeito é baixa ($\eta p^2 = .02$), cf. Tabela 60.

Tabela 60

Comparação das dimensões do *AGE UNIVERSAL I-E Scale-12* em função do estado civil

	Solteiro(a) (n = 67)	Casado(a)/ união de facto (n = 306)	Separado(a)/ divorciado(a) (n = 37)	F ^a	ηp ²
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Orientação religiosa intrínseca	3.35 (4.05)	13.27 (3.87)	13.40 (3.53)	0.25	.00
Orientação religiosa extrínseca pessoal	5.71 (2.04)	6.47 (1.90)	6.20 (2.01)	4.25*	.02
Orientação religiosa extrínseca social	12.92 (1.00)	3.39 (0.95)	3.23 (0.65)	0.47	.00

Legenda. ^a As comparações *post-hoc* foram estatisticamente significativas apenas entre o grupo casado(a)/união de facto e o grupo solteiro(a).

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Suporte social religioso (dimensões do MFRSS)

Efetuada a comparação ao nível das dimensões do MFRSS, em função do estado civil, os resultados mostraram não existir qualquer efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .99; $F(3, 351) = 0.47$, $p = .83$, $\eta p^2 = .00$]. Os testes univariados subsequentes confirmam o mesmo (cf. Tabela 61).

Tabela 61

Comparação das dimensões do MFRSS em função do estado civil

	Solteiro(a) (n = 67)	Casado(a)/ união de facto (n = 306)	Separado(a)/ divorciado(a) (n = 37)	F ^a	ηp ²
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Suporte de Deus	21.31 (6.78)	21.32 (5.60)	20.74 (6.80)	0.13	.00
Suporte do líder religioso	21.58 (7.52)	21.37 (6.50)	21.77 (6.46)	0.07	.00
Suporte dos participantes/ comunidade religiosa	21.97 (7.36)	21.64 (6.37)	21.55 (6.37)	0.07	.00

Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Personalidade (traços de personalidade do *Big Five Inventory*)

Procedeu-se à comparação dos traços de personalidade do *Big Five Inventory* (BFI), em função do estado civil. Os resultados revelaram a existência de um efeito multivariado significativo Lambda de Wilks = .92; $F(5, 364) = 3.00$, $p < .001$, $\eta p^2 = .04$. Os testes univariados subsequentes mostraram diferenças significativas ao nível da extroversão, com o grupo de separados/divorciados a apresentar um valor mais elevado. A magnitude do efeito é, no entanto, baixa ($\eta p^2 = .03$), cf. Tabela 62.

Tabela 62

Comparação dos traços de personalidade do *Big Five Inventory* em função do estado civil

	Solteiro(a) (<i>n</i> = 67)	Casado(a)/ união de facto (<i>n</i> = 306)	Separado(a)/ divorciado(a) (<i>n</i> = 37)	<i>F</i> ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Extroversão	25.08 (4.77)	26.52 (4.56)	27.56 (4.54)	3.71*	.02
Amabilidade	34.51 (3.96)	35.05 (4.24)	36.00 (4.23)	1.35	.01
Conscienciosidade	32.11 (4.80)	33.23 (4.64)	32.06 (4.38)	2.09	.01
Neuroticismo	23.67 (5.68)	23.71 (4.76)	25.22 (5.31)	1.35	.01
Abertura à experiência	37.25 (5.40)	36.25 (5.31)	38.09 (5.03)	2.34	.01

Legenda. ^aAs comparações *post-hoc* foram estatisticamente significativas apenas entre separado(a)/divorciado(a) e o grupo solteiro(a).

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Nível de escolaridade

Qualidade de vida (domínios e Faceta Geral do WHOQOL- BREF)

Efetuada a comparação ao nível dos domínios do WHOQOL- BREF, que avalia a qualidade de vida, em função do nível de escolaridade, os resultados mostraram um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .88; $F(5, 370) = 3.32$, $p < .001$, $\eta p^2 = .04$]. Os testes univariados subsequentes revelaram diferenças significativas nos domínios físico e ambiente e na Faceta Geral, com o grupo de participantes com Mestrado/Doutoramento a apresentar valores significativamente mais elevados nos domínios físico e ambiente. No que respeita à Faceta geral, foi o grupo dos detentores

de Bacharelato/Licenciatura que revelou um valor mais elevado (cf. Tabela 63). A magnitude do efeito variou entre um valor considerado baixo ($\eta p^2 = .03$) na Faceta Geral e um valor médio ($\eta p^2 = .09$) no domínio do ambiente (cf. Tabela 63).

Tabela 63

Comparação dos domínios e da Faceta Geral do WHOQOL-BREF em função do nível de escolaridade

	< 3º Ciclo (n = 19)	3º Ciclo/Ensino Secundário (n = 70)	Bacharelato/ Licenciatura (n = 253)	Mestrado/ Doutoramento (n = 67)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
D1.Domínio Físico	69.33 (14.67)	69.70 (13.52)	74.05 (14.28)	77.33 (14.14)	3.63*	.03
D2.Domínio Psicológico	70.59 (14.47)	68.82 (14.18)	72.98 (13.81)	74.12 (12.48)	1.96	.02
D3.Domínio Relações Sociais	68.63 (15.74)	71.67 (13.04)	71.57 (17.17)	71.34 (14.41)	0.18	.00
D4.Domínio Ambiente	56.99 (11.98)	59.58 (11.27)	67.45 (12.36)	68.84 (10.49)	11.54***	.09
Faceta Geral	65.44 (14.34)	64.38 (14.34)	71.03 (13.94)	71.02 (14.24)	4.34**	.03

Legenda. ^a As comparações *post-hoc* no domínio físico foram estatisticamente significativas somente entre os grupos Mestrado/Doutoramento e 3º Ciclo/Ensino secundário. No que respeita ao domínio do ambiente, revelaram-se estatisticamente significativas as diferenças entre < 3º Ciclo e Bacharelato/Licenciatura, bem como entre < 3º Ciclo e Mestrado/Doutoramento. No que concerne à Faceta Geral, foram estatisticamente significativas as comparações entre 3º Ciclo/Ensino Secundário e Bacharelato/Licenciatura bem como 3º Ciclo/Ensino Secundário e Mestrado/Doutoramento.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Qualidade de vida espiritual (domínio VI - SRPB do WHOQOL-100)

Realizada a comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função do nível de escolaridade através de uma Análise Univariada da Variância, da mesma não resultaram diferenças estatisticamente significativas ($p = .73$). Os resultados são apresentados na Tabela 64.

Tabela 64

Comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função do nível de escolaridade

	< 3º Ciclo (n = 19)	3º Ciclo/Ensino Secundário (n = 70)	Bacharelato/ Licenciatura (n = 253)	Mestrado/ Doutoramento (n = 67)	F ^a	ηp ²
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Domínio VI - SRPB do WHOQOL-100	14.89 (2.61)	15.55 (2.34)	15.64 (3.03)	15.69 (2.35)	0.43	.00

Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Qualidade de vida espiritual (facetas da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB)

Procedeu-se à comparação, ao nível das várias Facetas do WHOQOL-SRPB, em função do nível de escolaridade. Os resultados mostraram um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .84; $F(10, 368) = 2.15$, $p < .001$, $\eta p^2 = .06$]. Os testes univariados subsequentes mostraram diferenças significativas nas Facetas *SP2. Sentido na vida*, *SP3. Admiração*, *SP4. Totalidade e integração*, *SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia* e *SP10. Estilo de vida*, com os detentores de Mestrado/Doutoramento a apresentarem valores significativamente mais elevados. Os valores η^2 parciais, oscilando entre .02 (na Faceta *SP2. Sentido na vida*) e .05 (nas Facetas *SP3. Admiração* e *SP4. Totalidade e integração*) revelaram uma magnitude dos efeitos baixa (cf. Tabela 65).

Tabela 65

Comparação das facetas do WHOQOL-SRPB em função do nível de escolaridade

	3º Ciclo/Ensino Secundário (n = 70)		Bacharelato/Licenciatura (n = 253)		Mestrado/Doutoramento (n = 67)		F ^a	ηp ²
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
SP1. Ligação a um Ser ou Força espiritual	45.70 (31.18)	60.02 (24.50)	59.61 (27.80)	60.45 (27.80)	1.35	.01		
SP2. Sentido na Vida	64.06 (23.44)	71.73 (17.24)	75.42 (17.19)	76.27 (14.86)	2.99*	.02		
SP3. Admiração	62.11 (18.32)	67.16 (14.72)	73.01 (14.07)	73.54 (10.95)	5.84***	.05		
SP4. Totalidade e Integração	55.86 (16.05)	61.90 (15.01)	67.98 (16.69)	70.70 (12.39)	6.35***	.05		
SP5. Força espiritual	51.95 (26.68)	61.71 (19.94)	64.43 (22.60)	67.68 (15.37)	2.61	.02		
SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia	53.13 (14.25)	63.19 (16.15)	65.89 (15.33)	66.02 (13.99)	3.91**	.03		
SP7. Esperança e Otimismo	60.55 (18.07)	63.10 (16.82)	67.06 (15.25)	67.87 (15.55)	1.99	.02		
SP8. Fé	62.89 (21.47)	63.89 (21.69)	61.07 (27.03)	63.09 (25.97)	0.26	.00		
SP9. Relação com os outros	60.94 (14.34)	68.35 (14.50)	68.46 (16.61)	71.39 (12.04)	4.59	.02		
SP10. Estilo de Vida	55.47 (20.90)	62.50 (12.99)	66.23 (14.53)	68.16 (11.56)	2.00**	.04		

Legenda. ^a As comparações *post-hoc* não foram estatisticamente significativas entre nenhum dos grupos na Faceta SP2. *Sentido na vida*. Na Faceta SP3. *Admiração*, as diferenças foram estatisticamente significativas entre o grupo < 3º Ciclo e os grupos Bacharelato/Licenciatura e Mestrado/Doutoramento; também o grupo 3º Ciclo/Ensino Secundário apresentou diferenças estatisticamente significativas com o grupo Bacharelato/Licenciatura. Na Faceta SP4. *Totalidade e Integração*, as comparações foram estatisticamente significativas entre o grupo < 3º Ciclo e os grupos Bacharelato/Licenciatura e Mestrado/Doutoramento; também o grupo 3º Ciclo/Ensino Secundário apresentou diferenças estatisticamente significativas com os grupos Bacharelato/Licenciatura e Mestrado/Doutoramento. Nas Facetas SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia* e SP10. *Estilo de Vida*, o grupo < 3º Ciclo apresentou também diferenças significativas com os grupos Bacharelato/Licenciatura e Mestrado/Doutoramento.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Depressão (sintomas depressivos do IACLIDE)

Efetuada a comparação ao nível dos sintomas depressivos do IACLIDE, em função do nível de escolaridade, os resultados mostraram um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .94; $F(4, 366) = 1.80$, $p < .05$], $\eta p^2 = .02$]. Os testes univariados subsequentes revelaram que quem é detentor do 3º Ciclo/Ensino Secundário apresenta um valor significativamente mais elevado do que o dos restantes grupos. A magnitude do efeito é, no entanto, baixa ($\eta p^2 = .03$), cf. Tabela 66.

Tabela 66

Comparação dos sintomas depressivos do IACLIDE em função do nível de escolaridade

	< 3º Ciclo (n = 19)	3º Ciclo/Ensino Secundário (n = 70)	Bacharelato/ Licenciatura (n = 253)	Mestrado/ Doutoramento (n = 67)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Sintomas Cognitivos	3.80 (2.70)	5.39 (6.34)	5.22 (5.07)	4.31 (4.53)	0.92	.01
Sintomas Biológicos	2.93 (2.58)	5.70 (5.12)	4.24 (3.60)	3.80 (3.48)	3.48*	.03
Sintomas interpessoais	0.80 (0.86)	1.67 (2.44)	1.97 (1.55)	1.12 (1.42)	1.60	.01
Sintomas de Desempenho de Tarefa	1.60 (2.64)	1.94 (2.64)	5.22 (2.25)	1.45 (1.77)	0.97	.01

Legenda. ^a As comparações *post-hoc* só foram estatisticamente significativas entre o grupo 3º Ciclo/Ensino Secundário e o grupo Mestrado/Doutoramento.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Coping religioso (dimensões do Brief RCOPE)

Tendo-se procedido à comparação ao nível do *coping* religioso do *Brief RCOPE*, em função do nível de escolaridade, os resultados evidenciaram um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .92; $F(3, 387) = 5.75$, $p < .001$, $\eta p^2 = .04$]. Os testes univariados subsequentes mostraram diferenças significativas no *coping* religioso positivo e no *coping* religioso negativo, com o grupo de participantes com o 3º Ciclo/Ensino Secundário apresentarem valores mais elevados ao nível do *coping* religioso positivo, enquanto o grupo de nível de escolaridade < 3º Ciclo apresentou um valor mais elevado no *coping* religioso negativo. A magnitude do efeito apresentou,

no primeiro caso um valor baixo ($\eta p^2 = .02$) e no segundo um valor médio ($\eta p^2 = .08$), cf. Tabela 67.

Tabela 67

Comparação do *coping* religioso positivo e *coping* religioso negativo do *Brief RCOPE* em função do nível de escolaridade

	< 3º Ciclo (n = 19)	3º Ciclo/Ensino Secundário (n = 70)	Bacharelato/ Licenciatura (n = 253)	Mestrado/ Doutoramento (n = 67)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
<i>Coping</i> reli- gioso positivo	17.88 (5.10)	18.02 (4.77)	16.12 (5.72)	15.40 (5.91)	3.03*	.02
<i>Coping</i> reli- gioso negativo	11.59 (3.87)	11.19 (4.41)	9.15 (3.31)	8.28 (2.31)	10.89***	.08

Legenda. ^a As comparações *post-hoc* não se revelaram estatisticamente significativas para o *coping* religioso positivo. Relativamente ao *coping* religioso negativo foram estatisticamente significativas as diferenças entre o grupo < 3º Ciclo e os grupos Bacharelato/Licenciatura e Mestrado/Doutoramento; também o grupo 3º Ciclo/Ensino Secundário apresentou diferenças estatisticamente significativas com os grupos Bacharelato/Licenciatura e Mestrado/Doutoramento.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Espiritualidade como Transcendência (dimensões da STS do ASPIRES)

Foi efetuada a comparação ao nível da STS do ASPIRES, em função do nível de escolaridade. Verificou-se a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .95; $F(9, 112) = 2.20$, $p < .05$, $\eta p^2 = .02$]. Os testes univariados subsequentes, no entanto, vieram a revelar não haver diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (cf. Tabela 68).

Envolvimento religioso (dimensão da *Religious Sentiments* do ASPIRES)

Os resultados mostraram, no caso da subescala *Religious Sentiments* um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .93; $F(3, 374) = 4.76$, $p < .001$, $\eta p^2 = .04$]. Nos testes univariados subsequentes apenas na dimensão da *religious crisis* se verificaram diferenças estatisticamente significativas, com o grupo dos participantes com o nível de escolaridade < 3º Ciclo a apresentar um valor mais elevado. A magnitude do efeito, no entanto, revelou-se baixa ($\eta p^2 = .03$), cf. Tabela 68.

Tabela 68

Comparação das dimensões do ASPIRES em função do nível de escolaridade

	< 3º Ciclo (n = 19)			3º Ciclo/Ensino Secundário (n = 70)		Bacharelato/ Licenciatura (n = 253)		Mestrado/ Doutoramento (n = 67)		F ^a	ηp^2
	M (SD)			M (SD)		M (SD)		M (SD)			
Religious Sentiments											
<i>Religious involvement</i>	30.33 (7.33)			29.40 (8.21)		27.03 (9.34)		25.95 (8.99)		2.19	.02
<i>Religious crisis</i>	7.73 (3.49)			7.23 (3.05)		6.47 (2.50)		5.85 (2.15)		4.13**	.03
Spiritual Transcendence Scale											
<i>Prayer fulfillment</i>	33.86 (3.98)			35.95 (6.88)		35.59 (8.72)		35.68 (8.17)		0.24	.00
<i>Universality</i>	24.00 (2.57)			25.79 (3.87)		26.86 (4.57)		26.63 (4.39)		2.55	.02
<i>Connectedness</i>	20.79 (2.33)			23.11 (3.19)		22.59 (3.74)		23.09 (3.47)		1.92	.02

Legenda. ^a As comparações *post-hoc* apenas foram estatisticamente significativas entre os grupos 3º Ciclo/Ensino Secundário e Mestrado/Doutoramento.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Orientação religiosa (dimensões da AGE-UNIVERSAL I-E Scale-12)

Realizada a comparação relativamente à orientação religiosa (AGE-UNIVERSAL I-E Scale-12), em função do nível de escolaridade, os resultados mostraram um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .91; $F(3, 386) = 4.32, p < .001, \eta p^2 = .03$]. Os testes univariados subsequentes revelaram diferenças significativas em todas as dimensões com quem tinha um nível de escolaridade < 3º Ciclo a apresentar valores mais elevados. Os valores Eta^2 parciais, oscilaram entre .03 (na orientação religiosa intrínseca) e .05 (na orientação religiosa extrínseca social), revelando uma magnitude dos efeitos considerada baixa (cf. Tabela 69).

Tabela 69

Comparação das dimensões do AGE UNIVERSAL I-E Scale12 em função do nível de escolaridade

	< 3º Ciclo (n = 19)	3º Ciclo/Ensino Secundário (n = 70)	Bacharelato/ Licenciatura (n = 253)	Mestrado/ Doutoramento (n = 67)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Orientação religiosa intrínseca	15.59 (2.55)	14.02 (3.46)	12.89 (3.91)	13.23 (0.48)	3.77*	.03
Orientação religiosa extrínseca pessoal	7.18 (1.78)	7.05 (1.84)	6.20 (1.99)	5.97 (0.24)	5.23**	.04
Orientação religiosa extrínseca social	4.29 (1.93)	3.50 (1.00)	3.29 (0.75)	3.25 (0.11)	0.24***	.05

Legenda. ^a Na orientação religiosa intrínseca, as comparações *post-hoc* foram estatisticamente significativas entre os grupos < 3º Ciclo e Bacharelato/Licenciatura. No que respeita à orientação religiosa extrínseca pessoal, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o grupo 3º Ciclo/Ensino Secundário e os grupos Bacharelato/Licenciatura e Mestrado/Doutoramento. No que concerne à orientação religiosa extrínseca Social as comparações mostraram-se estatisticamente significativas entre o grupo < 3º Ciclo e os restantes grupos.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Suporte social religioso (dimensões do MFRSS)

Efetuada a comparação ao nível do suporte social religioso (MFRSS), em função do nível de escolaridade, os resultados mostraram não existir qualquer efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .99; $F(9, 105) = 1.36, p = .20, \eta p^2 = .01$]. O mesmo foi confirmado pelos testes univariados subsequentes (cf. Tabela 70).

Tabela 70

Comparação das dimensões do MFRSS em função do nível de escolaridade

	< 3º Ciclo (n = 19)	3º Ciclo/Ensino Secundário (n = 70)	Bacharelato/ Licenciatura (n = 253)	Mestrado/ Doutoramento (n = 67)	F ^a	ηp ²
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Suporte de Deus	23.54 (3.21)	22.39 (4.50)	20.94 (6.17)	21.26 (0.75)	1.80	.01
Suporte do líder religioso	22.15 (4.67)	23.16 (4.95)	21.32 (7.02)	20.18 (0.85)	2.05	.02
Suporte dos participantes/Comunidade religiosa	22.00 (4.22)	23.34 (5.11)	21.57 (6.94)	20.60 (0.83)	1.54	.02

Legenda. ^aAs diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas.

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Personalidade (traços de Personalidade do *Big Five Inventory*)

Procedeu-se à comparação dos traços de personalidade do *Big Five Inventory* (BFI), em função do nível de escolaridade. Os resultados mostraram não existir qualquer efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .94; $F(5, 365) = 1.47$, $p = .11$, $\eta p^2 = .02$]. No entanto, os testes univariados subsequentes revelaram diferenças significativas na abertura à experiência, com o grupo dos detentores de Mestrado/Doutoramento a apresentar um valor superior ao dos demais grupos. A magnitude do efeito revelou, todavia, um valor baixo ($\eta p^2 = .03$), cf. Tabela 71.

Tabela 71

Comparação dos traços de personalidade do *Big Five Inventory* em função do nível de escolaridade

	< 3º Ciclo (n = 19)	3º Ciclo/Ensino Secundário (n = 70)	Bacharelato/ Licenciatura (n = 253)	Mestrado/ Doutoramento (n = 67)	F ^a	ηp ²
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Extroversão	25.54 (2.85)	25.96 (4.48)	26.14 (4.69)	27.28 (4.59)	1.29	.01
Amabilidade	33.46 (5.68)	35.22 (4.13)	35.17 (4.02)	34.86 (4.53)	0.76	.01
Conscienciosidade	31.62 (4.46)	33.33 (4.52)	32.58 (4.56)	34.22 (84.94)	2.62	.02
Neuroticismo	23.54 (3.99)	23.91 (5.00)	36.68 (4.94)	24.17 (5.48)	0.12	.00
Abertura à experiência	35.38 (5.04)	34.89 (4.91)	23.79 (5.35)	37.77 (5.40)	3.22*	.03

Legenda. ^aAs comparações *post-hoc* revelaram-se estatisticamente significativas entre o grupo 3º Ciclo/Ensino secundário e Mestrado/Doutoramento.

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Pessoa religiosa/crente/de fé

Qualidade de vida (domínios e Faceta Geral do WHOQOL- BREF)

Efetuada a comparação ao nível dos domínios do WHOQOL- BREF, em função da autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé, os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .92; $F(5, 371) = 3.21$ $p < .001$, $\eta p^2 = .04$]. Os testes univariados subsequentes mostraram diferenças significativas em todos os domínios, com exceção do físico. Os valores Eta² parciais, variando entre .02 (domínio das relações sociais e Faceta Geral) e .03 (domínios psicológico e ambiente) revelaram uma magnitude dos efeitos que é baixa (cf. Tabela 72).

Tabela 72

Comparação dos domínios e da Faceta Geral do WHOQL-BREF em função da autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé

	Nada/ Pouco religiosa (n = 59)	Moderadamente religiosa (n = 205)	Muito/ Extremamente religiosa (n = 147)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
D1.Domínio Físico	76.79 (13.94)	72.63 (14.28)	73.75 (14.04)	1.86	.01
D2.Domínio Psicológico	72.17 (14.13)	70.02 (14.40)	75.49 (11.55)	6.56**	.03
D3.Domínio Relações sociais	72.17 (16.91)	69.02 (16.34)	74.15 (14.51)	4.23*	.02
D4.Domínio Ambiente	68.81 (13.06)	63.52 (12.19)	67.47 (11.44)	6.35**	.03
Faceta Geral	70.76 (13.54)	67.53 (13.53)	71.99 (14.50)	4.27*	.02

Legenda. ^aAo nível do domínio psicológico, das relações sociais e da Faceta Geral da QdV, as comparações *post-hoc* foram estatisticamente significativas entre Moderadamente religiosa e Muito/Extremamente religiosa/crente/de fé. No domínio do ambiente as diferenças foram estatisticamente significativas entre Nada/Pouco religiosa e Moderadamente religiosa/crente/de fé e entre Moderadamente religiosa e Muito/Extremamente religiosa/crente/de fé.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Qualidade de vida espiritual (domínio VI - SRPB do WHOQOL-100)

Realizada a comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função da autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé, através de uma Análise Univariada da Variância evidenciaram-se diferenças significativas, com as pessoas que se autocaraterizaram como sendo Muito/Extremamente religiosas/crentes/de fé a

apresentarem um valor superior ao dos demais grupos. A magnitude do efeito apresentou um valor elevado ($\eta p^2 = .27$), cf. Tabela 73.

Tabela 73

Comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função da autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé

	Nada/Pouco religiosa (n = 59)	Moderadamente religiosa (n = 205)	Muito/Extremamente religiosa (n = 147)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Domínio VI - SRPB do WHOQOL-100	13.49 (3.29)	14.85 (2.42)	17.41 (1.91)	73.10***	.27

Legenda. ^a As comparações *post-hoc* foram todas estatisticamente significativas.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Qualidade de vida espiritual (facetas da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB)

Procedeu-se à comparação ao nível das várias facetas do WHOQOL-SRPB, em função da autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé, os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo. [Lambda de Wilks = .40; $F(10, 371) = 21.56$, $p < .001$, $\eta p^2 = .37$]. Os testes univariados subsequentes revelaram diferenças significativas ao nível de todas as facetas, com o grupo que se autocarateriza como pessoa Muito/Extremamente religiosa/crente/de fé a apresentar valores significativamente mais elevados em todas as facetas da QdV espiritual avaliada pelo WHOQOL-SRPB.

A magnitude dos efeitos oscilou ente um valor médio ($\eta p^2 = .06$) na Faceta *SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia* e um valor elevado ($\eta p^2 = .55$) na Faceta *SP8. Fé*. Podemos verificar que, para além desta última faceta, a magnitude dos efeitos apresentou os valores mais elevados, nas seguintes facetas: *SP1. Ligação a um Ser ou Força espiritual* ($\eta p^2 = .40$) e *SP5. Força espiritual* ($\eta p^2 = .32$), cf. Tabela 74.

Tabela 74

Comparação das facetas do WHOQOL-SRPB em função da autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé

	Nada/Pouco religiosa (n = 59)	Moderada-mente religiosa (n = 205)	Muito/Extremamente religiosa (n = 147)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
SP1.Ligação a um Ser ou Força espiritual	24.09 (27.36)	56.71 (20.59)	77.51 (20.12)	123.98***	.40
SP2.Sentido na Vida	62.05 (19.58)	72.76 (14.62)	81.84 (16.24)	32.25***	.15
SP3. Admiração	64.66 (16.72)	69.51 (13.50)	77.60 (11.83)	23.24***	.11
SP4. Totalidade e Integração	57.50 (21.05)	63.78 (14.47)	75.37 (12.00)	37.66***	.17
SP5. Força espiritual	39.89 (26.42)	61.91 (16.72)	76.82 (14.78)	87.24***	.32
SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia	63.52 (18.03)	61.74 (14.65)	70.12 (13.93)	12.84***	.06
SP7. Esperança e Otimismo	62.16 (18.92)	62.60 (15.11)	73.22 (13.13)	22.29***	.11
SP8. Fé	22.16 (25.08)	60.16 (17.69)	80.98 (12.54)	227.13***	.55
SP9. Relação com os outros	58.41 (23.24)	65.69 (13.23)	76.73 (10.05)	40.86***	.18
SP10. Estilo de Vida	62.05 (16.09)	61.58 (14.04)	72.26 (11.49)	26.96***	.13

Legenda. ^a As comparações *post-hoc* foram todas estatisticamente significativas com as seguintes exceções das facetas SP3. *Admiração*, SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia*, SP7. *Esperança e Otimismo* e SP10. *Estilo de Vida*, onde as diferenças se mostraram estatisticamente significativas apenas entre o grupo das pessoas que se afirmam Muito/Extremamente religiosas/crentes/de fé e aquelas que se firmam Nada/Pouco religiosas/crentes/de fé e Moderadamente religiosas/crentes/de fé.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Depressão (sintomas depressivos do IACLIDE)

Efetuada a comparação ao nível dos sintomas depressivos do IACLIDE, em função da autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé, os resultados mostraram não existir qualquer efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .96; $F(4, 367) = 1.74$, $p = .09$, $\eta p^2 = .02$], o que foi confirmado nos testes univariados subsequentes (cf. Tabela 75).

Tabela 75

Comparação dos sintomas depressivos do IACLIDE em função da autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé

	Nada/Pouco religiosa (n = 59)	Moderadamente religiosa (n = 205)	Muito/ Extremamente religiosa (n = 147)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Sintomas Cognitivos	4.65 (5.05)	5.37 (5.11)	4.65 (5.14)	0.92	.01
Sintomas Biológicos	3.47 (3.62)	4.61 (3.77)	4.27 (3.98)	1.88	.01
Sintomas interpessoais	1.07 (1.60)	1.28 (1.65)	1.31 (1.73)	0.43	.00
Sintomas de Desempenho de Tarefa	1.51 (2.35)	1.85 (2.22)	2.01 (2.39)	0.95	.01

Legenda. ^a As diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Coping religioso (dimensões do *Brief RCOPE*)

Tendo-se procedido à comparação ao nível do *coping* religioso do *Brief RCOPE*, em função da autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé, os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .47; $F(2, 391) = 90.62, p < .001, \eta p^2 = .32$]. Os testes univariados subsequentes indicaram diferenças significativas no *coping* religioso positivo e no *coping* religioso negativo, com o grupo que se autocaraterizou como Muito/Extremamente religioso/crente/de fé a apresentar um valor significativamente mais elevado ao nível do *coping* religioso positivo, enquanto o grupo dos que autointitulam como sendo Moderadamente religioso/crente/de fé a apresentar um valor superior no *coping* religioso negativo. Verificamos, todavia, que no *coping* religioso negativo, a magnitude do efeito é baixa ($\eta p^2 = .04$), enquanto no *coping* religioso positivo, ela se apresenta com um valor elevado ($\eta p^2 = .50$), cf. Tabela 76.

Tabela 76

Comparação do *coping* religioso positivo e do *coping* religioso negativo do *Brief RCOPE* em função da autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé

	Nada/Pouco religiosa (n = 59)	Moderadamente religiosa (n = 205)	Muito/ Extremamente religiosa (n = 147)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
<i>Coping</i> religioso positivo	8.70 (2.87)	15.38 (4.28)	20.76 (3.85)	199.02***	.50
<i>Coping</i> religioso negativo	7.91 (2.06)	9.97 (3.82)	9.35 (3.39)	7.83***	.04

Legenda.^aRelativamente ao *coping* religioso positivo, as comparações *post-hoc* foram todas estatisticamente significativas. No que respeita ao *coping* religioso negativo, as diferenças revelaram-se estatisticamente significativas entre o grupo Nada/Pouco religiosa/crente/de fé e os restantes grupos.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Espiritualidade como Transcendência (dimensões da STS do ASPIRES)

Foi efetuada a comparação ao nível da STS do ASPIRES, em função da autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé .

Verificou-se a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .48; $F(3, 377) = 56.03$, $p < .001$, $\eta p^2 = .31$]. Os testes univariados subsequentes mostraram diferenças significativas em todas as dimensões, com o grupo daqueles que se autocaraterizam como Muito/Extremamente religiosos(as) a apresentar valores significativamente mais elevados nas dimensões *prayer fulfillment* e *universality*. A magnitude dos efeitos oscilou ente um valor baixo ($\eta p^2 = .05$) na dimensão *connectedness* e valores considerados elevados para as restantes dimensões, com destaque para a dimensão *prayer fulfillment* ($\eta p^2 = .49$), cf. Tabela 77.

Envolvimento religioso (dimensão da *Religious Sentiments* do ASPIRES)

Os resultados mostraram, no caso da subescala *Religious Sentiments* a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .45; $F(2, 377) = 292.65$, $p < .001$, $\eta p^2 = .33$]. Os testes univariados subsequentes mostraram diferenças significativas nas duas dimensões. Ao nível do envolvimento religioso, quem apresentou um valor significativamente mais elevado foi o grupo das pessoas que se percecionam como Muito/Extremamente religiosas/crentes/de fé, enquanto

relativamente à dimensão *religious crisis* o grupo que se autointitula como Nada/Pouco religioso/crente/de fé foi o que revelou um valor superior em relação aos demais grupos. A magnitude dos efeitos variou ente um valor médio ($\eta p^2 = .08$) na dimensão *Religious Crisis* e um valor elevado ($\eta p^2 = .55$) na dimensão *religious involvement* (cf. Tabela 77).

Tabela 77

Comparação das dimensões do ASPIRES em função da autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé

	Nada/Pouco religiosa (n = 59)	Moderadamente religiosa (n = 205)	Muito/ Extremamente religiosa (n = 147)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Religious Sentiments					
<i>Religious involvement</i>	14.29 (3.84)	25.29 (6.33)	34.81 (6.52)	225.34***	.55
<i>Religious crisis</i>	7.41 (2.84)	7.04 (2.74)	5.58 (1.99)	17.00***	.08
Spiritual Transcendence Scale					
<i>Prayer fulfillment</i>	23.46 (7.61)	35.17 (5.72)	41.22 (5.38)	182.39***	.49
<i>Universality</i>	22.82 (4.83)	26.09 (3.56)	28.78 (4.05)	48.65***	.21
<i>Connectedness</i>	20.91 (4.25)	23.12 (3.34)	22.88 (3.43)	8.83***	.05

Legenda. ^a Relativamente à dimensão *religious involvement* as comparações *post-hoc* revelaram-se todas estatisticamente significativas. No que respeita à *religious crisis* as comparações foram estatisticamente significativas entre o grupo Muito/Extremamente religiosa e os restantes dois grupos. Nas dimensões *prayer fulfillment* e *universality*, as diferenças revelaram-se todas estatisticamente significativas; relativamente à *connectedness*, as comparações revelaram-se estatisticamente significativas entre o grupo Nada/Pouco religiosa/crente/de fé e os demais grupos.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Orientação religiosa (dimensões da AGE-UNIVERSAL I/E Scale-12)

Realizada a comparação relativamente à orientação religiosa (*AGE-UNIVERSAL I-E Scale-12*), em função da autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé, os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .48; $F(3, 388) = 56.70$, $p < .001$, $\eta p^2 = .31$]. Os testes univariados subsequentes indicaram diferenças significativas ao nível da orientação religiosa intrínseca e da orientação religiosa extrínseca pessoal, com o grupo daqueles que se autocaraterizam como Muito/Extremamente religiosos/crentes/de fé a apresentar valores significativa-

mente mais elevados. Os valores η^2 parciais apresentam-se elevados, sendo de .24 na orientação religiosa extrínseca pessoal e de .47 na orientação religiosa intrínseca, o que torna a magnitude de cada efeito elevada (cf. Tabela 78).

Tabela 78

Comparação das dimensões do AGE UNIVERSAL I-E Scale-12 em função da autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé

	Nada/Pouco religiosa (n = 59)	Moderadamente religiosa (n = 205)	Muito/ Extremamente religiosa (n = 147)	F^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Orientação religiosa intrínseca	8.00 (2.27)	12.66 (3.21)	16.09 (2.36)	169.65***	.47
Orientação religiosa Extrínseca pessoal	4.02 (1.41)	6.47 (1.76)	6.99 (1.77)	60.09***	.24
Orientação religiosa extrínseca social	3.19 (0.65)	3.46 (1.04)	3.29 (0.84)	2.58	.01

Legenda. ^a As comparações *post-hoc* revelaram-se todas estatisticamente significativas.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Suporte social religioso (dimensões do MFRSS)

Efetuada a comparação ao nível do suporte social religioso (MFRSS), em função da autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé, os resultados revelaram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .46; $F(3, 353) = 55.51$, $p < .001$, $\eta p^2 = .32$]. Os testes univariados subsequentes indicaram diferenças significativas ao nível das três dimensões com o grupo daqueles que se autocaraterizam como Muito/Extremamente religiosos/crentes/de fé a apresentar valores significativamente mais elevados em todas as dimensões do suporte social religioso. Os valores η^2 parciais apresentaram-se elevados, variando entre .29 (suporte dos participantes) e .53 (suporte de Deus), tornando a magnitude de cada efeito elevada (cf. Tabela 79).

Tabela 79

Comparação das dimensões do MFRSS em função da autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé

	Nada/Pouco religiosa (n = 59)	Moderadamente religiosa (n = 205)	Muito/ Extremamente religiosa (n = 147)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Suporte de Deus	11.72 (5.04)	20.79 (4.46)	25.41 (2.99)	199.88***	.53
Suporte do líder religioso	13.72 (5.80)	20.63 (5.80)	25.31 (5.14)	79.24***	.31
Suporte dos participantes/comunidade religiosa	14.64 (5.81)	20.76 (5.61)	25.49 (5.30)	72.29***	.29

Legenda. ^a As comparações *post-hoc* revelaram-se todas estatisticamente significativas.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Personalidade (traços de Personalidade do *Big Five Inventory*)

Procedeu-se à comparação dos traços de personalidade do *Big Five Inventory* (BFI), em função da autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé. Os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .87; $F(5, 367) = 5.40$, $p < .001$, $\eta p^2 = .07$]. Os testes univariados subsequentes revelaram diferenças significativas ao nível dos cinco traços de personalidade, com aqueles que se autocaraterizam como Muito/Extremamente religiosos/crentes/de fé a apresentarem valores significativamente mais elevados nos seguintes traços de personalidade: extroversão, amabilidade e conscienciosidade. Um valor mais elevado em relação aos demais grupos, foi apresentado no traço do neuroticismo pelo grupo dos que se autointitularam como sendo Moderadamente religiosos/crentes/de fé e o grupo dos Nada/Pouco religiosos/crentes/de fé revelou um valor superior no traço da abertura à experiência. A magnitude dos efeitos variou entre um valor baixo no neuroticismo ($\eta p^2 = .02$) e um valor médio ($\eta p^2 = .06$) na amabilidade (cf. Tabela 80).

Tabela 80

 Comparação dos traços de personalidade do *Big Five Inventory* em função da autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé

	Nada/Pouco religiosa (n = 59)	Moderadamente religiosa (n = 205)	Muito/Extremamente religiosa (n = 147)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Extroversão	26.05 (4.13)	25.63 (4.57)	27.44 (4.77)	6.21**	.03
Amabilidade	33.62 (3.73)	34.46 (4.04)	36.36 (4.30)	12.21***	.06
Conscienciosidade	31.87 (4.17)	32.43 (4.52)	33.91 (4.80)	5.66**	.03
Neuroticismo	22.47 (4.34)	24.47 (4.63)	23.68 (5.57)	3.63*	.02
Abertura à experiência	38.05 (5.65)	35.70 (5.07)	37.10 (5.36)	5.33**	.03

Legenda. ^aNo que respeita à extroversão, só se manifestaram significativas, nos testes *Post-hoc*, as diferenças entre o grupo Moderadamente religioso e Muito/Extremamente religioso/crente/de fé. Relativamente à amabilidade e conscienciosidade, as diferenças revelaram-se estatisticamente significativas entre o grupo Muito/Extremamente religioso e os restantes grupos. No que respeita ao neuroticismo e abertura à experiência, as comparações revelaram-se estatisticamente significativas entre os grupos Nada/Pouco religioso/crente/de fé e o Moderadamente religioso/crente/de fé.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Crenças pessoais fortes

Qualidade de vida (domínios e Faceta Geral do WHOQOL- BREF)

Efetuada a comparação ao nível dos domínios do WHOQOL- BREF, em função das crenças pessoais fortes, os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .91; $F(5, 357) = 3.39$, $p < .01$, $\eta p^2 = .03$]. Os testes univariados subsequentes revelaram diferenças significativas no domínio do ambiente, com o grupo dos que afirmaram ter Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes a apresentar valores significativamente mais elevados. A magnitude do efeito apresentou, no entanto, um valor considerado baixo ($\eta p^2 = .04$), cf. Tabela 81.

Tabela 81

Comparação dos domínios e da Faceta Geral do WHOQL-BREF em função das crenças pessoais fortes

	Nenhumas (n = 32)	Poucas (n = 61)	Nem muitas nem poucas (n = 136)	Muitas/ Muitíssimas (n = 164)	F ^a	ηp ²
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
D1.Domínio Físico	74.77 (14.25)	72.08 (14.02)	73.60 (14.81)	74.15 (14.07)	0.35	.00
D2.Domínio Psicológico	69.62 (15.78)	68.94 (13.22)	72.63 (13.31)	73.57 (13.75)	1.96	.02
D3.Domínio Relações sociais	73.66 (16.68)	69.09 (15.10)	72.47 (14.01)	70.50 (17.79)	0.91	.01
D4.Domínio Ambiente	62.40 (11.08)	63.13 (11.68)	64.52 (12.24)	68.48 (12.49)	4.61**	.04
Faceta Geral	66.53 (14.93)	66.59 (14.64)	70.30 (12.57)	71.05 (14.98)	1.94	.02

Legenda. ^aAs comparações *post-hoc* revelaram-se estatisticamente significativas entre o grupo Poucas e os grupos Nem muitas nem poucas e Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes e entre os grupos Nem muitas nem poucas e Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Qualidade de vida espiritual (domínio VI - SRPB do WHOQOL-100)

Realizada a comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função das crenças pessoais fortes, através de uma Análise Univariada da Variância da mesma, os resultados revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < .001$), com o grupo dos participantes que referiram ter Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes a apresentar um valor mais elevado. A magnitude do efeito apresentou-se com um valor médio ($\eta p^2 = .11$), cf. Tabela 82.

Tabela 82

Comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função das crenças pessoais fortes

	Nenhumas (n = 32)	Poucas (n = 61)	Nem muitas nem poucas (n = 136)	Muitas/ Muitíssimas (n = 164)	F ^a	ηp ²
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Domínio VI - SRPB do WHOQOL-100	14.77 (3.23)	14.33 (2.67)	15.01 (2.60)	16.60 (2.62)	15.16***	.11

Legenda. ^aAs comparações *post-hoc* mostraram-se estatisticamente significativas entre o grupo Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes e os restantes grupos.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Qualidade de vida espiritual (facetas da versão Europeia do WHOQOL-SRPB)

Procedeu-se à comparação ao nível das várias facetas do WHOQOL-SRPB, em função das crenças pessoais fortes, os resultados mostraram um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .73; $F(10, 356) = 4.01$, $p < .001$, $\eta p^2 = .10$]. Os testes univariados subsequentes revelaram diferenças significativas ao nível de todas as Facetas, com o grupo das pessoas que referiram ter Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes a apresentar um valor significativamente mais elevado em todas as Facetas. A magnitude dos efeitos variou entre um valor baixo nas facetas *SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia* e *SP8. Fé* ($\eta p^2 = .03$) e um valor elevado ($\eta p^2 = .14$) na Faceta *SP3. Admiração*. De verificar que os restantes valores ηp^2 parciais são valores que são considerados médios, havendo dois deles ($\eta p^2 = .13$) e ($\eta p^2 = .12$), respetivamente nas facetas *SP4. Totalidade e integração* e *SP9. Relação com os outros* que são os que mais se aproximam de um valor tido como elevado (cf. Tabela 83).

Tabela 83
 Comparação das facetas do WHOQOL-SRPB em função das crenças pessoais fortes

	Nenhumas (n = 32)		Poucas (n = 61)		Nem muitas nem poucas (n = 136)		Muitas/ Muitíssimas (n = 164)		F ^a	η^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)				
SP1. Ligação a um Ser ou Força espiritual	43.97 (29.73)	47.29 (24.12)	56.83 (24.11)	68.54 (28.38)	13.80***	.10				
SP2. Sentido na Vida	71.88 (14.28)	66.88 (18.60)	74.18 (14.01)	78.29 (17.86)	7.18***	.06				
SP3. Admiração	63.62 (15.22)	65.31 (13.04)	68.90 (12.31)	77.58 (13.74)	19.83***	.14				
SP4. Totalidade e Integração	60.04 (16.52)	58.75 (18.27)	64.24 (13.17)	73.63 (15.39)	18.594***	.13				
SP5. Força espiritual	52.68 (28.23)	54.79 (19.12)	62.50 (17.36)	70.79 (22.17)	12.39***	.09				
SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia	60.94 (16.37)	60.83 (15.26)	63.42 (14.28)	67.79 (15.66)	4.25**	.03				
SP7. Esperança e Otimismo	62.72 (15.26)	59.17 (14.02)	64.68 (14.46)	71.04 (16.80)	9.94***	.08				
SP8. Fé	52.01 (29.32)	54.48 (23.27)	62.16 (21.73)	65.63 (28.89)	4.08**	.03				
SP9. Relação com os outros	61.38 (22.12)	62.60 (14.67)	65.55 (13.31)	74.75 (14.71)	15.70***	.12				
SP10. Estilo de Vida	61.16 (12.66)	60.52 (12.74)	63.03 (13.62)	69.96 (14.83)	9.91***	.08				

Legenda. ^aNo que respeita às Facetas SP1. *Ligação a um Ser ou Força espiritual*; SP3. *Admiração*; SP4. *Totalidade e Integração*; SP5. *Força espiritual*; SP9. *Relação com os outros*; e SP10. *Estilo de Vida*, as comparações *post-hoc* revelaram-se estatisticamente significativas entre o grupo Muitas/Muitíssimas e todos os restantes. Na Faceta SP2. *Sentido na Vida*, as diferenças estatisticamente significativas verificaram-se entre o grupo Poucas e os grupos Nem muitas nem poucas e Muitas/Muitíssimas. Nas Facetas SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia* e SP8. *Fé*, as comparações foram estatisticamente significativas entre Poucas e Muitas/Muitíssimas. Na Faceta SP7. *Esperança e Otimismo*, as diferenças estatisticamente significativas revelaram-se entre o grupo Muitas/Muitíssimas e os grupos Poucas e Nem muitas nem poucas.

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Depressão (sintomas depressivos do IACLIDE)

Efetuada a comparação ao nível dos sintomas depressivos do IACLIDE, em função das crenças pessoais fortes, os resultados mostraram não existir qualquer efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .98; $F(4, 354) = 0.47$, $p = .93$], $\eta p^2 = .01$]. Os testes univariados subsequentes confirmaram o mesmo (cf. Tabela 84).

Tabela 84

Comparação dos sintomas depressivos do IACLIDE em função das crenças pessoais fortes

	nenhumas (n = 32)	Poucas (n = 61)	Nem muitas nem poucas (n = 136)	Muitas/ Muitíssimas (n = 164)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Sintomas Cognitivos	3.79 (3.16)	5.63 (4.50)	5.00 (5.66)	5.15 (5.21)	0.80	.01
Sintomas Biológicos	3.71 (3.70)	4.41 (3.11)	4.38 (4.41)	4.26 (3.63)	0.25	.00
Sintomas Interpessoais	1.07 (1.39)	1.37 (1.46)	1.26 (1.86)	1.28 (1.67)	0.20	.00
Sintomas de Desempenho de tarefa	1.14 (1.15)	2.04 (1.62)	1.98 (2.60)	1.83 (2.45)	1.10	.01

Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Coping religioso (dimensões do Brief RCOPE)

Tendo-se procedido à comparação ao nível do *coping* religioso do Brief RCOPE, em função das crenças pessoais fortes, os resultados mostraram um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .95; $F(3, 373) = 3.22$, $p < .001$, $\eta p^2 = .03$]. Os testes univariados subsequentes revelaram diferenças significativas ao nível do *coping* religioso positivo, com as pessoas que afirmaram ter Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes a apresentarem valores significativamente mais elevados. A magnitude do efeito apresentou-se, no entanto com um valor baixo ($\eta p^2 = .03$), cf. Tabela 85.

Tabela 85

Comparação do *coping* religioso positivo e *coping* religioso negativo do *Brief* RCOPE em função das crenças pessoais fortes

	Nenhumas (n = 32)	Poucas (n = 61)	Nem muitas nem poucas (n = 136)	Muitas/ Muitíssimas (n = 164)	<i>F</i> ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
<i>Coping</i> religioso positivo	14.36 (5.63)	14.93 (5.44)	15.98 (4.94)	17.37 (6.03)	4.43**	.03
<i>Coping</i> religioso negativo	8.93 (2.54)	9.85 (3.40)	9.70 (3.63)	9.20 (3.42)	0.94	.01

Legenda. ^aAs comparações *post-hoc* revelaram-se estatisticamente significativas entre o grupo Muitas/Muitíssimas e Poucas crenças pessoais fortes.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Espiritualidade como Transcendência (dimensões da STS do ASPIRES)

Foi efetuada a comparação ao nível da STS, em função das crenças pessoais fortes. Verificou-se, igualmente, um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .86; $F(3, 362) = 6.36$, $p < .001$, $\eta^2 p = .05$]. Os testes univariados subsequentes mostraram diferenças significativas ao nível das três dimensões, onde quem assumiu Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes apresentou valores mais elevados. A magnitude do efeito apresentou-se entre um valor considerado baixo ($\eta p^2 = .04$) na dimensão *connectedness* e um valor elevado ($\eta p^2 = .14$) na *prayer fulfillment*, tendo a restante dimensão - *universality* - um valor médio ($\eta p^2 = .08$), cf. Tabela 86.

Envolvimento religioso (dimensão da *Religious Sentiments* do ASPIRES)

Os resultados mostraram, no caso da subescala *Religious Sentiments*, um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .93; $F(3, 361) = 4.19$, $p < .001$, $\eta p^2 = .03$]. Os testes univariados subsequentes mostraram diferenças significativas ao nível do envolvimento religioso, com quem assumiu ter Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes a apresentar valores mais elevados.

A magnitude do efeito revelou um valor médio ($\eta p^2 = .06$), cf. Tabela 86.

Tabela 86

Comparação das dimensões do ASPIRES em função das crenças pessoais fortes

	Nenhumas (n = 32)	Poucas (n = 61)	Nem muitas nem poucas (n = 136)	Muitas/ Muitíssimas (n = 164)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Religious Sentiments						
<i>Religious involvement</i>	26.79 (10.19)	23.14 (7.26)	26.14 (8.11)	29.42 (9.49)	7.87***	.06
<i>Religious crisis</i>	6.46 (2.61)	7.09 (2.62)	6.79 (2.81)	6.13 (2.39)	2.49	.02
Spiritual Transcendence Scale						
<i>Prayer fulfillment</i>	32.89 (8.92)	31.75 (7.89)	34.46 (6.94)	37.97 (8.81)	10.39***	.08
<i>Universality</i>	25.33 (3.84)	24.15 (4.19)	25.61 (3.56)	28.40 (4.62)	19.25***	.14
<i>Connectedness</i>	22.19 (4.35)	22.04 (3.36)	22.17 (2.998)	23.52 (3.88)	4.54**	.04

Legenda. ^aNa dimensão *Religious Involvement*, as comparações *post-hoc* revelaram-se estatisticamente significativas entre o grupo Muitas/Muitíssimas e os grupos Poucas e Nem muitas nem poucas crenças pessoais fortes. Nas dimensões *prayer fulfillment* e *universality*, mostraram diferenças estatisticamente significativas o grupo Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes com os restantes grupos. Na dimensão *connectedness* as comparações revelaram-se estatisticamente significativas entre o grupo Muitas/Muitíssimas e Nem muitas nem poucas crenças pessoais fortes.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Orientação religiosa (dimensões da AGE-UNIVERSAL I-E Scale-12)

Realizada a comparação relativamente à orientação religiosa (*AGE-UNIVERSAL I-E Scale-12*), em função das crenças pessoais fortes, os resultados indicaram um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .92; $F(3, 371) = 3.68$, $p < .001$, $\eta p^2 = .03$]. Os testes univariados subsequentes mostraram diferenças significativas ao nível da orientação religiosa intrínseca, com o grupo de participantes que respondeu ter Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes a apresentar valores mais elevados. A magnitude do efeito situou-se entre um valor considerado baixo e um valor médio, aproximando-se mais deste último ($\eta p^2 = .05$), cf. Tabela 87.

Tabela 87

Comparação das dimensões do *AGE UNIVERSAL I-E Scale-12* em função das crenças pessoais fortes

	Nenhumas (n = 32)	Poucas (n = 61)	Nem muitas nem poucas (n = 136)	Muitas/ Muitíssimas (n = 164)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Orientação religiosa intrínseca	12.94 (4.34)	11.49 (3.52)	12.83 (3.71)	14.04 (3.78)	6.91***	.05
Orientação religiosa extrínseca pessoal	6.00 (2.25)	6.07 (1.84)	6.44 (1.90)	6.21 (1.98)	0.77	.01
Orientação religiosa extrínseca social	3.55 (1.03)	3.39 (0.94)	3.39 (0.97)	3.30 (0.88)	0.68	.01

Legenda. ^aAs comparações *post-hoc* foram estatisticamente significativas entre o grupo Muitas/Muitíssimas e os grupos Poucas e Nem muitas nem poucas crenças pessoais fortes.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Suporte social religioso (dimensões do MFRSS)

Efetuada a comparação ao nível do suporte social religioso (MFRSS), em função das crenças pessoais fortes, os resultados revelaram existir um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .94; $F(3, 338) = 2.27$, ($p < .05$), $\eta p^2 = .02$]. Os testes univariados subsequentes mostraram diferenças significativas na dimensão suporte de Deus, com o grupo de participantes que respondeu ter Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes a apresentar valores mais elevados. A magnitude do efeito situou-se entre um valor considerado baixo e um valor médio, aproximando-se mais deste último ($\eta p^2 = .05$), cf. Tabela 88.

Tabela 88

Comparação das dimensões do MFRSS em função das crenças pessoais fortes

	Nenhumas (n = 32)	Poucas (n = 61)	Nem muitas nem poucas (n = 136)	Muitas/ Muitíssimas (n = 164)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Suporte de Deus	20.11 (5.63)	18.61 (5.23)	21.21 (4.91)	22.24 (6.62)	5.30***	.05
Suporte do líder religioso	21.67 (6.59)	19.37 (5.83)	21.52 (5.88)	21.70 (7.38)	1.69	.02
Suporte dos participantes/comunidade religiosa	22.19 (6.52)	19.71 (5.68)	21.58 (5.74)	21.98 (7.22)	1.68	.02

Legenda. ^aAs comparações *post-hoc* revelaram-se estatisticamente significativas entre o grupo Muitas/Muitíssimas e o grupo Poucas.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Personalidade (traços de Personalidade do *Big Five Inventory*)

Procedeu-se à comparação dos traços de personalidade do *Big Five Inventory* (BFI), em função das crenças pessoais fortes. Os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .90; $F(5, 354) = 2.61$, ($p < .001$), $\eta p^2 = .04$]. Os testes univariados subsequentes revelaram diferenças significativas ao nível da amabilidade, da conscienciosidade e da abertura à experiência. O grupo dos que assinalaram não ter quaisquer crenças pessoais fortes foi o que apresentou valores significativamente mais elevados ao nível da amabilidade e conscienciosidade, enquanto que o grupo que referiu ter Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes foi o que revelou ter um valor significativamente mais elevado na abertura à experiência. No entanto, enquanto a magnitude do efeito apresenta nos dois primeiros casos um valor baixo ($\eta p^2 = .03$), no último (abertura à experiência), o valor foi .07, considerado já um valor médio (cf. Tabela 89).

Tabela 89

Comparação dos traços de personalidade do *Big Five Inventory* em função das crenças pessoais fortes

	Nenhumas (n = 32)	Poucas (n = 61)	Nem muitas nem poucas (n = 136)	Muitas/ Muitíssimas (n = 164)	<i>F_a</i>	<i>ηp²</i>
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Extroversão	27.44 (4.34)	25.19 (4.84)	26.02 (4.33)	26.82 (4.91)	2.37	.02
Amabilidade	36.30 (3.79)	33.51 (4.14)	34.87 (4.13)	35.39 (4.26)	3.79*	.03
Conscienciosidade	34.22 (4.04)	31.60 (4.31)	32.38 (4.55)	33.59 (4.82)	3.93**	.03
Neuroticismo	23.67 (4.34)	24.18 (4.70)	23.78 (4.42)	23.89 (5.72)	0.10	.00
Abertura à experiência	35.74 (5.26)	34.39 (5.56)	26.02 (4.54)	38.09 (5.52)	8.21***	.07

Legenda. ^aNo que respeita à amabilidade as comparações *post-hoc* mostraram-se estatisticamente significativas entre o grupo Poucas e os grupos Nenhumas e Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes. Ao nível da conscienciosidade, as diferenças foram estatisticamente significativas entre Muitas/Muitíssimas e Poucas crenças pessoais fortes. No que concerne à abertura à experiência, as comparações revelaram-se estatisticamente significativas entre o grupo Muitas/Muitíssimas e os grupos Poucas e Nem muitas nem poucas crenças pessoais fortes.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Presença de doença

Qualidade de vida (domínios e Faceta Geral do WHOQOL- BREF)

Efetuada a comparação entre doentes e não doentes ao nível dos domínios do WHOQOL-BREF, os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .71; $F(5, 375) = 30.73$, $p < .001$, $ηp^2 = .29$]. Os testes univariados subsequentes mostraram diferenças significativas em todos os domínios, com o grupo de não doentes a apresentar valores significativamente mais elevados em todos os domínios da QdV. Os valores Eta^2 parciais, oscilaram entre valores médios de .06 e .12, respetivamente nos domínios do ambiente e das relações sociais e valores elevados que variaram entre .14 (Faceta Geral) e .25 (domínio físico), cf. Tabela 90.

Tabela 90

Comparação dos domínios e da Faceta Geral do WHOQL-BREF em função da presença de doença

	Não doentes (n = 286)	Doentes (n = 130)	F	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
D1.Domínio Físico	78.45 (11.73)	63.16 (13.77)	123.56***	.25
D2.Domínio Psicológico	76.33 (11.20)	63.78 (14.75)	83.02***	.18
D3.Domínio Relações sociais	75.13 (13.30)	63.39 (18.41)	49.31***	.12
D4.Domínio ambiente	67.97 (11.10)	61.22 (11.73)	59.20***	.06
Faceta Geral	73.20 (12.44)	61.97 (14.63)	26.01***	.14

 Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Qualidade de vida espiritual (domínio VI - SRPB do WHOQOL-100)

Realizada a comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função da Presença de doença, através de uma Análise Univariada da Variância, da mesma não resultou quaisquer diferenças estatisticamente significativas ($p = .39$) entre os dois grupos (cf. Tabela 91).

Tabela 91

Comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função da presença de doença

	Não doentes (n = 286)	Doentes (n = 130)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
Domínio VI – SRPB do WHOQOL-100	15.68 (2.77)	15.43 (2.87)	0.73	.00

 Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

 * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Qualidade de vida espiritual (facetas da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB)

Procedeu-se à comparação entre doentes e não doentes ao nível das várias facetas do WHOQOL-SRPB. Os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .86; $F(5, 374) = 10.74$, $p < .001$, $\eta p^2 =$

.14]. Os testes univariados subsequentes mostraram diferenças significativas nas Facetas *SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia*; *SP7. Esperança e Otimismo* e *SP10. Estilo de Vida*, com o grupo de não doentes a apresentar valores significativamente mais elevados nessas três facetas. A magnitude dos efeitos foi de valor elevado, oscilando entre .14 (Faceta *SP10. Estilo de vida*) e .25 (Faceta *SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia*), cf. Tabela 92.

Tabela 92

Comparação das facetas do WHOQOL-SRPB em função da presença de doença

	Não doentes (<i>n</i> = 286)	Doentes (<i>n</i> = 130)	<i>F</i>	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
SP1.Ligação a um Ser ou Força espiritual	57.82 (28.44)	63.19 (25.37)	3.11	.25
SP2.Sentido na Vida	72.35 (17.03)	73.62 (17.74)	0.50	.18
SP3. Admiração	74.98 (13.61)	70.39 (15.45)	1.57	.12
SP4. Totalidade e Integração	68.12 (15.61)	64.72 (17.13)	3.64	.06
SP5. Força espiritual	63.55 (22.23)	65.62 (19.62)	0.76	.14
SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia	67.53 (13.45)	59.32 (17.79)	24.82***	.25
SP7. Esperança e Otimismo	68.98 (14.52)	60.54 (17.13)	24.71***	.18
SP8. Fé	60.58 (27.08)	65.73 (22.07)	3.30	.12
SP9. Relação com os outros	68.26 (15.71)	69.60 (15.13)	0.61	.06
SP10. Estilo de Vida	67.09 (13.57)	62.08 (15.54)	10.19**	.14

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Depressão (sintomas depressivos do IACLIDE)

Efetuada a comparação entre doentes e não doentes ao nível dos sintomas depressivos do IACLIDE, os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .66; $F(4, 371) = 47.33$, $p < .001$], $\eta p^2 = .34$]. Os testes univariados subsequentes evidenciaram diferenças significativas, com o grupo de doentes a apresentar valores significativamente mais elevados. Os valores Eta^2 parciais apresentaram-se todos elevados, pelo que a magnitude dos efeitos se revelou elevada, oscilando entre .18 (sintomas interpessoais) e .30 (sintomas biológicos), cf. Tabela 93.

Tabela 93

Comparação dos sintomas depressivos do IACLIDE em função da presença de doença

	Não doentes (n = 286)	Doentes (n = 130)	F	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
Sintomas Cognitivos	3.16 (2.73)	8.82 (6.55)	139.22***	.27
Sintomas Biológicos	2.84 (2.38)	7.34 (4.45)	162.80***	.30
Sintomas Interpessoais	0.77 (0.95)	2.27 (2.28)	80.82***	.18
Sintomas de Desempenho de Tarefa	1.09 (1.36)	3.43 (2.96)	111.05***	.23

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Coping religioso (dimensões do *Brief RCOPE*)

Tendo-se procedido à comparação entre doentes e não doentes ao nível do *coping* religioso do *Brief RCOPE*, os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .94; $F(2, 394) = 8.61$, $p < .001$, $\eta p^2 = .04$]. Os testes univariados subsequentes revelaram diferenças significativas nas duas vertentes, com o grupo de doentes a apresentar valores mais elevados. Verificamos que, quer num, quer noutro caso, os valores Eta^2 parciais se apresentaram baixos, tornando, por isso, a magnitude do efeito baixa, nas duas situações (cf. Tabela 94).

Tabela 94

Comparação do *coping* religioso positivo e *coping* religioso negativo do *Brief RCOPE* em função da presença de doença

	Não doentes (n = 286)	Doentes (n = 130)	F	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
<i>Coping</i> religioso positivo	15.98 (5.73)	17.42 (5.29)	5.65*	.01
<i>Coping</i> religioso negativo	9.00 (3.23)	10.46 (3.91)	15.31***	.04

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Espiritualidade como Transcendência (dimensões da STS do ASPIRES)

Foi efetuada a comparação entre doentes e não doentes ao nível das dimensões do ASPIRES.

Na STS Verificou-se a inexistência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .99; $F(3, 380) = 1.15$, $p = .329$, $\eta p^2 = .009$]. Os testes univariados subsequentes confirmam isso mesmo (cf. Tabela 95).

Envolvimento religioso (dimensão da *Religious Sentiments* do ASPIRES)

Os resultados mostraram, no caso da subescala *Religious Sentiments* a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .96; $F(2, 381) = 8.15$, $p < .001$, $\eta p^2 = .04$]. Os testes univariados subsequentes revelaram diferenças significativas na dimensão *religious crisis*, com o grupo de doentes a apresentar um valor mais elevado. A magnitude do efeito se revelou baixa ($\eta p^2 = .03$), cf. Tabela 95.

Tabela 95

Comparação das dimensões do ASPIRES em função em função da presença de doença

	Não doentes ($n = 286$)	Doentes ($n = 130$)	F	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
<i>Religious Sentiments</i>				
<i>Religious involvement</i>	26.84 (9.43)	28.66 (8.24)	3.34	.01
<i>Religious crisis</i>	6.26 (2.44)	7.08 (2.86)	8.38**	.02
<i>Spiritual Transcendence Scale</i>				
<i>Prayer fulfillment</i>	35.15 (8.78)	36.64 (6.97)	2.64	.01
<i>Universality</i>	26.47 (4.36)	26.81 (4.54)	0.46	.00
<i>Connectedness</i>	22.61 (3.56)	22.94 (3.64)	0.68	.00

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Orientação religiosa (dimensões da *AGE-UNIVERSAL I/E Scale-12*)

Realizada a comparação entre doentes e não doentes relativamente à orientação religiosa (*AGE-UNIVERSAL I-E Scale12*), os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .97; $F(3, 392) = 3.50$, $p < .05$, $\eta p^2 = .03$]. Os testes univariados subsequentes mostraram diferenças significativas ao nível da orientação religiosa intrínseca e da orientação religiosa extrínseca pessoal, com o grupo de doentes a apresentar valores mais elevados. A magnitude do efeitos apresentou-se com um valor baixo, respetivamente com um $\eta p^2 = .01$ e um $\eta p^2 = .03$ (cf. Tabela 96).

Tabela 96

Comparação das dimensões do *AGE UNIVERSAL I-E Scale-12* em função da presença de doença

	Não doentes (<i>n</i> = 286)	Doentes (<i>n</i> = 130)	<i>F</i>	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
Orientação intrínseca	12.96 (4.02)	13.88 (3.41)	4.99*	.01
Orientação religiosa extrínseca pessoal	6.12 (1.99)	6.77 (1.83)	9.98**	.03
Orientação religiosa extrínseca Social	3.35 (0.94)	3.38 (0.90)	0.04	.00

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Suporte social religioso (dimensões do MFRSS)

Efetuada a comparação entre doentes e não doentes ao nível do suporte social religioso (MFRSS), os resultados mostraram a inexistência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .99; $F(3, 356) = 0.81$, $p = .49$, $\eta p^2 = .01$]. Os testes univariados subsequentes reforçam que as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas (cf. Tabela 97).

Tabela 97

Comparação das dimensões do MFRSS em função de ser em função da presença de doença

	Não doentes (n = 286)	Doentes (n = 130)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
Suporte de Deus	21.19 (6.14)	21.67 (5.45)	0.53	.00
Suporte do líder religioso	21.45 (6.84)	21.56 (6.39)	0.02	.00
Suporte dos participantes/comunidade religiosa	21.80 (6.69)	21.58 (6.25)	0.08	.00

Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Personalidade (traços de Personalidade do *Big Five Inventory*)

Procedeu-se à comparação dos traços de personalidade do *Big Five Inventory* (BFI), entre doentes e não doentes. Os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .85; $F(5, 370) = 12.91$, $p < .001$, $\eta p^2 = .15$]. Os testes univariados subsequentes revelaram diferenças significativas ao nível dos traços extroversão, conscienciosidade, neuroticismo e abertura à experiência; o grupo de não doentes apresentou valores mais elevados em três traços de personalidade: a extroversão, a abertura à experiência e a conscienciosidade, enquanto o grupo de doentes revelou um valor mais elevado ao nível do neuroticismo. Neste último caso, verificou-se uma magnitude do efeito, ainda que considerada como média ($\eta p^2 = .12$), já próxima de um valor elevado enquanto ao nível daqueles três traços de personalidade, os valores Eta² parciais (variaram entre .01 e .04), revelaram uma magnitude dos efeitos baixa (cf. Tabela 98).

Tabela 98

Comparação dos traços de personalidade do *Big Five Inventory* em função da presença de doença

	Não doentes (n = 286)	Doentes (n = 130)	F	ηp^2
	M (SD)	M (SD)		
Extroversão	26.98 (4.50)	24.89 (4.60)	17.18***	.04
Amabilidade	35.19 (4.13)	34.62 (4.41)	1.45	.00
Conscienciosidade	33.23 (4.66)	32.22 (4.56)	3.89*	.01
Neuroticismo	22.75 (4.37)	26.45 (5.31)	50.14***	.12
Abertura à experiência	37.07 (5.10)	35.46 (5.67)	7.52**	.02

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Perceção de saúde

Qualidade de vida (domínios e Faceta Geral do WHOQOL- BREF)

Efetuada a comparação ao nível dos domínios do WHOQOL- BREF, em função da perceção de saúde, os resultados mostraram a existência de um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .56; $F(5, 371) = 25.28$ $p < .001$, $\eta p^2 = .26$]. Os testes univariados subsequentes mostraram diferenças significativas em todos os domínios. Quem percebe a sua saúde como Boa/Muito boa, apresenta valores significativamente mais elevados em todos os domínios da QdV. Os valores Eta² parciais, oscilaram entre valores médios de .09 e .11, respetivamente nos domínios psicológico e do ambiente e valores elevados que variaram entre .27 (Faceta Geral) e .36 (domínio físico), apresentando um único valor baixo ($\eta p^2 = .04$) no domínio das relações sociais (cf. Tabela 99).

Tabela 99

Comparação dos domínios e da Faceta Geral do WHOQL-BREF em função da percepção de saúde

	Muito má/Má (n = 15)	Nem boa nem má (n = 120)	Boa/Muito boa (n = 276)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
D1.Domínio Físico	48.90 (12.99)	63.17 (11.44)	79.29 (11.34)	106.52***	.36
D2.Domínio Psicológico	64.42 (15.74)	66.63 (13.38)	75.18 (12.84)	18.51***	.09
D3.Domínio Relações sociais	71.79 (16.51)	66.19 (16.50)	73.74 (15.33)	8.68***	.04
D4.Domínio Ambiente	56.25 (12.44)	60.52 (10.66)	68.52 (12.05)	22.11***	.11
Faceta Geral	52.88 (14.57)	59.79 (13.25)	74.61 (11.35)	70.26***	.27

Legenda. ^a No domínio físico as comparações *post-hoc* foram todas estatisticamente significativas. Nos domínios psicológico e ambiente e na Faceta Geral, mostraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre o grupo Boa/Muito boa e os restantes grupos. No domínio das Relações Sociais, as comparações foram significativas entre o grupo Boa/Muito boa e Nem boa nem má.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Qualidade de vida espiritual (domínio VI - SRPB do WHOQOL-100)

Realizada a comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função da percepção de saúde, através de uma Análise Univariada da Variância não foram encontradas quaisquer diferenças estatisticamente significativas ($p = .44$) entre os grupos (cf. Tabela 100).

Tabela 100

Comparação do domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 em função da percepção de saúde

	Muito má/Má (n = 15)	Nem boa nem má (n = 120)	Boa/ Muito boa (n = 276)	F ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Domínio VI - SRPB do WHOQOL-100	14.93 (3.31)	15.45 (3.05)	15.72 (2.64)	0.84	.004

Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Qualidade de vida espiritual (facetas da versão Europeia do WHOQOL-SRPB)

Procedeu-se à comparação ao nível das várias facetas do WHOQOL-SRPB, em função da percepção de saúde. Os resultados mostraram um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .91; $F(10, 370) = 1.88$, $p < .05$, $\eta p^2 = .05$]. Os testes univariados subsequentes revelaram diferenças significativas nas Facetas SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia* e SP7. *Esperança e Otimismo* e SP10. *Estilo de vida*, onde quem considerou a sua saúde como Boa/Muito boa apresentou valores significativamente mais elevados nas facetas SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia* e SP7. *Esperança e Otimismo*. O grupo de participantes que afirmou que a sua saúde era Muito má/Má apresentou um valor superior aos demais grupos na Faceta SP10. *Estilo de vida*. Os valores η^2 parciais indicam-nos, porém, que a magnitude dos efeitos foi baixa, variando entre .03 (nas Facetas SP7. *Esperança e Otimismo* e SP10. *Estilo de Vida*) e .04 (na Faceta SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia*), cf. Tabela 101.

Tabela 101

Comparação das facetas do WHOQOL-SRPB em função da percepção de saúde

	Muito má/Má (<i>n</i> = 15)	Nem boa nem má (<i>n</i> = 120)	Boa/Muito boa (<i>n</i> = 276)	<i>F</i> ^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
SP1. Ligeira a um Ser ou Força espiritual	63.33 (26.61)	60.91 (27.26)	58.89 (27.50)	0.36	.00
SP2. Sentido na Vida	73.33 (22.96)	74.66 (17.20)	74.73 (16.95)	0.05	.00
SP3. Admiração	69.17 (12.82)	69.49 (16.54)	72.80 (13.10)	2.36	.01
SP4. Totalidade e Integração	64.58 (17.94)	64.26 (18.06)	68.34 (15.10)	2.64	.01
SP5. Força espiritual	64.17 (25.16)	64.38 (20.71)	64.16 (21.52)	0.00	.00
SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia	61.67 (21.50)	60.28 (17.30)	67.24 (13.61)	8.52***	.04
SP7. Esperança e Otimismo	65.83 (20.71)	62.33 (16.40)	68.19 (15.05)	5.37**	.03
SP8. Fé	62.50 (29.22)	63.81 (24.57)	61.38 (25.90)	0.35	.00
SP9. Relação com os outros	70.42 (21.97)	68.07 (16.98)	68.82 (14.57)	0.19	.00
SP10. Estilo de Vida	67.50 (12.77)	61.42 (15.74)	67.14 (13.59)	6.38**	.03

Legenda. ^aAs comparações *post-hoc* revelaram-se estatisticamente significativas, nas três facetas – SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia*; SP7. *Esperança e Otimismo*; SP10. *Estilo de vida* – entre os grupos Muito Boa/Boa e Nem boa nem má.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Depressão (sintomas depressivos do IACLIDE)

Efetuada a comparação ao nível dos sintomas depressivos do IACLIDE, em função da percepção de saúde, os resultados indicaram um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .84; $F(4, 367) = 8.21, p < .001, \eta p^2 = .08$]. Os testes univariados subsequentes mostraram existirem diferenças significativas em todos os sintomas depressivos do IACLIDE, com valores mais elevados no grupo com percepção Muito má/Má de saúde. A magnitude dos efeitos oscilou entre valores médios ao nível de todos os sintomas depressivos, com o mínimo de .06 (sintomas cognitivos) e de .10 (sintomas biológicos e desempenho de tarefa), cf. Tabela 102.

Tabela 102

Comparação dos sintomas depressivos do IACLIDE em função da percepção de saúde

	Muito má/Má (n = 15)	Nem boa nem má (n = 120)	Boa/Muito boa (n = 276)	F^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Sintomas Cognitivos	7.00 (6.58)	6.75 (5.56)	4.18 (4.64)	10.83***	.06
Sintomas Biológicos	6.21 (4.84)	6.10 (4.00)	3.49 (3.43)	20.63***	.10
Sintomas interpessoais	2.57 (2.41)	1.78 (1.94)	0.97 (1.41)	14.03***	.07
Sintomas de Desempenho de Tarefa	4.29 (3.99)	2.64 (2.54)	1.40 (1.88)	20.74***	.10

Legenda. ^aAo nível dos sintomas Cognitivos, as comparações *post-hoc* mostraram-se estatisticamente significativas entre o grupo Nem boa nem má e Boa/Muito boa. No que concerne aos sintomas biológicos e das sintomas Interpessoais foram estatisticamente significativas as diferenças entre o grupo Boa/Muito boa e os restantes grupos. No conjunto dos sintomas de Desempenho de Tarefa as comparações foram todas estatisticamente significativas.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Coping religioso (dimensões do Brief RCOPE)

Tendo-se procedido à comparação ao nível do *coping* religioso do Brief RCOPE, em função da percepção de saúde, os resultados mostraram não existir qualquer efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .99; $F(2, 390) = 1.44, p = .22, \eta p^2 = .01$]. Os testes univariados subsequentes confirmaram o mesmo (cf. Tabela 103).

Tabela 103

Comparação do *coping* religioso positivo e do *coping* religioso negativo do *Brief RCOPE* em função da percepção de saúde

	Muito má/Má (n = 15)	Nem boa nem má (n = 120)	Boa/ Muito boa (n = 276)	F^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
<i>Coping</i> religioso negativo	17.50 (5.65)	16.96 (5.46)	16.08 (5.64)	1.28	.01
<i>Coping</i> religioso positivo	9.79 (4.14)	10.00 (3.59)	9.17 (3.40)	2.30	.01

Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Espiritualidade como Transcendência (dimensões da STS do ASPIRES)

Foi efetuada a comparação ao nível das dimensões do ASPIRES, em função da percepção de saúde.

Na segunda subescala do ASPIRES – a STS – verificou-se a inexistência de qualquer efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .99; $F(3, 376) = 0.54$, $p = .78$, $\eta p^2 = .00$]. Os testes univariados subsequentes confirmaram o mesmo (cf. Tabela 104).

Envolvimento religioso (dimensão da *Religious Sentiments* do ASPIRES)

Os resultados revelaram, no caso da subescala *Religious Sentiments* um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .97; $F(2, 377) = 2.83$, $p < .05$, $\eta p^2 = .02$]. Os testes univariados subsequentes, no entanto, não reforçam o mesmo, indo no sentido da inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas diferentes dimensões da referida subescala *religious involvement* ($p = .25$); *religious crisis* ($p = .09$). Este resultado é corroborado pelos valores Eta^2 parciais (cf Tabela 104).

Tabela 104

Comparação das dimensões do ASPIRES em função da percepção de saúde

	Muito má/Má	Nem boa nem má	Boa/Muito boa	F^a	ηp^2
	M (SD) ($n = 15$)	M (SD) ($n = 120$)	M (SD) ($n = 276$)		
Religious Sentiments					
<i>Religious involvement</i>	29.86 (10.17)	28.29 (7.98)	26.91 (9.45)	1.41	.01
<i>Religious crisis</i>	6.86 (3.46)	6.97 (2.80)	6.33 (2.46)	2.44	.01
Spiritual Transcendence Scale					
<i>Prayer fulfillment</i>	35.71 (7.62)	36.56 (7.37)	35.18 (8.69)	1.06	.01
<i>Universality</i>	26.00 (3.78)	27.01 (4.57)	26.44 (4.39)	0.76	.00
<i>Connectedness</i>	21.93 (2.56)	22.83 (3.65)	22.71 (3.63)	0.39	.00

Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Orientação religiosa (dimensões da *AGE-UNIVERSAL I-E Scale-12*)

Realizada a comparação relativamente à orientação religiosa (*AGE-UNIVERSAL I-E Scale-12*), em função da percepção de saúde, os resultados mostraram a inexistência de qualquer efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .97; $F(3, 388) = 1.69$, $p = .12$, $\eta p^2 = .01$]. Os testes univariados subsequentes, no entanto, revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da orientação religiosa extrínseca pessoal. No entanto, a magnitude do efeito revelou-se baixa ($\eta p^2 = .02$), cf. Tabela 105.

Tabela 105

Comparação das dimensões do *AGE UNIVERSAL I-E Scale-12* em função da percepção de saúde

	Muito má/Má (n = 15)	Nem boa nem má (n = 120)	Boa/ Muito boa (n = 276)	F^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Orientação religiosa intrínseca	14.64 (3.78)	13.79 (3.72)	12.93 (3.88)	3.00	.02
Orientação religiosa extrínseca pessoal	6.29 (2.09)	6.69 (1.96)	6.16 (1.93)	3.01*	.02
Orientação religiosa extrínseca social	3.50 (1.61)	3.43 (0.94)	3.32 (0.88)	0.69	.00

Legenda. ^aAs comparações *post-hoc* só se revelaram estatisticamente significativas entre Boa/Muito boa e Nem boa nem má.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Suporte social religioso (dimensões do MFRSS)

Efetuada a comparação ao nível do suporte social religioso (MFRSS), em função da percepção de saúde, os resultados evidenciaram não existir qualquer efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .98; $F(3, 352) = 1.09$, $p = .37$, $\eta p^2 = .01$], o que foi confirmado pelos testes univariados subsequentes (cf. Tabela 106).

Tabela 106

Comparação das dimensões do MFRSS em função da percepção de saúde

	Muito má/Má (n = 15)	Nem boa nem má (n = 120)	Boa/ Muito boa (n = 276)	F^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Suporte de Deus	21.82 (5.12)	21.77 (5.46)	21.11 (6.19)	0.50	.00
Suporte do líder religioso	24.00 (5.55)	21.47 (6.25)	21.38 (6.25)	0.80	.00
Suporte dos participantes/comunidade religiosa	23.27 (5.99)	21.93 (5.82)	21.55 (5.82)	0.44	.00

Legenda. ^a As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Personalidade (traços de Personalidade do *Big Five Inventory*)

Procedeu-se à comparação dos traços de personalidade do *Big Five Inventory* (BFI), em função da percepção de saúde. Os resultados mostraram um efeito multivariado significativo [Lambda de Wilks = .92; $F(5, 367) = 3.15$, $p < .001$, $\eta p^2 = .04$]. Os testes univariados subsequentes revelaram-se significativos no neuroticismo, com as pessoas que assinalaram a sua saúde como sendo Muito má/Má a apresentarem um valor mais elevado. A magnitude do efeito, ainda que considerada como baixa ($\eta p^2 = .05$), é já próxima de um valor médio (cf. Tabela 107).

Tabela 107

Comparação dos traços de personalidade do *Big Five Inventory* em função da percepção de saúde

	Muito má/Má ($n = 15$)	Nem boa nem má ($n = 120$)	Boa/ Muito boa ($n = 276$)	F^a	ηp^2
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
Extroversão	27.20 (5.17)	25.53 (4.16)	26.65 (4.77)	2.47	.01
Amabilidade	35.13 (4.91)	34.69 (4.49)	35.20 (4.056)	0.54	.00
Conscienciosidade	33.27 (5.70)	33.40 (4.43)	32.68 (4.64)	0.96	.01
Neuroticismo	26.13 (6.09)	25.41 (4.84)	23.11 (4.82)	10.00***	.05
Abertura à experiência	37.07 (4.71)	35.72 (5.66)	36.90 (5.19)	1.91	.01

Legenda. ^aAs comparações *post-hoc* só se revelaram estatisticamente significativas entre os grupos Nem boa nem má e Boa/Muito boa.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Sistematizando os nossos resultados no que se refere à magnitude do efeito, podemos constatar das respetivas tabelas que os valores η^2 parciais revelaram-se, na sua globalidade, baixos. Ainda assim, porque emergiram esses valores, os mesmos evidenciaram a existência de diferenças, entre os grupos, em função das variáveis sociodemográficas estudadas.

Verificámos que os coeficientes mais elevados oscilaram entre um valor médio ($\geq .06$) e um valor considerado elevado ($\geq .14$), tal como preconizado por Cohen (1988). No nosso estudo, acima do valor mínimo de .14, evidenciou-se um $\eta p^2 = .55$ na

diferenciação das variáveis QdV espiritual (Faceta *SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia*) e envolvimento religioso, em função da variável sociodemográfica autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé .

Revelando a sua capacidade de diferenciação face às demais, as variáveis sociodemográficas (1) género; (2) nível de escolaridade; (3) autocaraterização dos indivíduos como pessoas religiosas/crentes/de fé (particularmente no grupo que se autointitulou como sendo Muito/Extremamente religioso/crente/de fé); (4) a existência de crenças pessoais fortes (aqui com especial relevo no grupo que afirmou ter Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes); (5) a presença de doença; e (6) a perceção de saúde, foram as que fizeram emergir valores iguais ou acima do valor η^2 parcial médio.

No que concerne à variável género, o valor η^2 parcial que a mesma fez emergir, foi um valor médio ($\eta^2 = .07$) e unicamente na variável personalidade, com o género feminino a evidenciar, no traço *neuroticismo*, pontuações mais elevadas do que o género masculino.

No que respeita ao nível de escolaridade, o valor do efeito mais elevado revelou-se médio/moderado ($\eta^2 = .08$) no *coping* religioso, com os indivíduos com menores habilitações académicas a apresentarem, como vimos, valores superiores no *coping* negativo.

No que se refere à autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé, na diferenciação entre grupos, os indivíduos que se percionaram como pessoas Muito/Extremamente religiosas/crentes/de fé foram quem se distinguiu, com valores superiores, sendo que o coeficiente η^2 parcial apresentou-se: (1) na QdV espiritual avaliada pelo domínio VI-SRPB do WHOQOL-100, como elevado ($\eta^2 = .27$) e, igualmente, quando avaliada pelo WHOQOL-SRPB, variando entre um valor considerado médio ($\eta^2 = .06$) na Faceta *SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia* e um valor elevado ($\eta^2 = .55$) na Faceta *SP8. Fé*; (2) no *coping* religioso positivo, o valor evidenciou-se elevado ($\eta^2 = .50$); (3) na espiritualidade como Transcendência, com

valores mais elevados na *prayer fulfillment* e na *universality*, respetivamente com um valor $\eta p^2 = .49$ e $\eta p^2 = .21$; (4) no envolvimento religioso, com um valor também foi elevado ($\eta p^2 = .55$); (5) na orientação religiosa intrínseca e extrínseca pessoal, com valores elevados de, respetivamente, $\eta p^2 = .47$ e $\eta p^2 = .24$; (6) no suporte social religioso, também com coeficientes elevados de $\eta p^2 = .29$ (suporte dos participantes/comunidade religiosa); $\eta p^2 = .31$ (suporte do líder religioso); $\eta p^2 = .53$ (suporte de Deus); e (7) na personalidade, na amabilidade, com um valor $\eta p^2 = .06$.

No que concerne à existência de crenças pessoais fortes, a diferenciação dos grupos apresentou um coeficiente Eta^2 parcial entre valores considerados médios e elevados (com o grupo que afirmou ter Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes a distinguir-se dos demais) nas seguintes variáveis: (1) na QdV espiritual, avaliada pelo domínio VI-SRPB do WHOQOL-100, com um valor médio ($\eta p^2 = .11$) e quando avaliada pelo WHOQOL-SRPB, variando entre um valor considerado médio ($\eta p^2 = .06$) na Faceta SP2. *Sentido da Vida* e um valor elevado ($\eta p^2 = .14$) na Faceta SP3. *Admiração*; (2) no envolvimento religioso com um valor médio ($\eta p^2 = .06$); (3) na espiritualidade como Transcendência com um valor médio ($\eta p^2 = .08$) na *prayer fulfillment* e um valor elevado ($\eta p^2 = .14$) na *universality*; e (4) na personalidade, com um valor médio ($\eta p^2 = .07$) na abertura à experiência.

No que respeita à presença de doença, os valores Eta^2 parciais, que revelaram existir um efeito médio a elevado, incidiram em três variáveis: (1) QdV com valores médios de $\eta p^2 = .06$ (domínio do ambiente) e de $\eta p^2 = .12$ (domínio das relações sociais) e valores elevados que variaram entre $\eta p^2 = .14$ (perceção global da QdV) e $\eta p^2 = .25$ (domínio físico); (2) QdV espiritual avaliada pelo WHOQOL-SRPB com coeficientes elevados para a SP10. *Estilo de Vida* ($\eta p^2 = .14$); SP7. *Esperança e Otimismo* ($\eta p^2 = .18$); e SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia* ($\eta p^2 = .25$); e (3) depressão, com valores elevados que oscilaram entre $\eta p^2 = .18$ (sintomas interpessoais) e $\eta p^2 = .30$ (sintomas biológicos).

No que respeita à perceção de saúde, a magnitude do efeito apareceu traduzida entre valores Eta^2 parciais médios e elevados (1) na QdV variando entre .09

e .36, respetivamente, para os domínios físico e psicológico; e (2) na depressão entre um valor $\eta p^2 = .06$ (sintomas cognitivos) e $\eta p^2 = .10$ (sintomas biológicos e de desempenho de tarefa).

Resultaram, ainda, valores Eta^2 parciais muito próximos do valor mínimo médio, concretamente $\eta p^2 = .05$ na diferenciação entre os grupos quanto (1) ao género (com o género feminino a apresentar pontuações mais elevadas) na depressão (Sintomas Biológicos) e no *coping* religioso positivo; (2) ao nível de escolaridade apresentado (com o grupo detentor de menores habilitações académicas (< 3º Ciclo) a evidenciar médias superiores) na orientação religiosa extrínseca social; (3) a autocaraterização de pessoa religiosa/crente/de fé (com os indivíduos que se percionaram como pessoas Muito/Extremamente religiosas/crentes/de fé foram quem se distinguiu, com valores superiores) na dimensão *connectedness* da espiritualidade como Transcendência; e (4) a existência de crenças pessoais fortes (com o grupo com Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes a pontuar mais) na orientação religiosa intrínseca e no suporte de Deus.

Estudos correlacionais

Apresentam-se, nesta secção, os resultados dos estudos correlacionais levados a efeito para testar as nossas hipóteses dois a 10 [primeira parte]. Dado o número de variáveis em estudo, optámos por apresentar em distintas Tabelas as Correlações de Pearson entre os vários instrumentos de medida e as variáveis que os mesmos operacionalizam.

Deste modo, na Tabela 108 encontramos a Matriz das correlações de Pearson entre o WHOQOL-BREF (que avalia a qualidade de vida) e os restantes instrumentos de medida/variáveis em estudo e respetivos domínios/ facetas/dimensões.

Na Tabela 109 a Matriz das correlações de Pearson entre o domínio VI-SRPB do WHOQOL-100 e o *Brief* RCOPE, o envolvimento religioso e a STS do ASPIRES, o *AGE UNIVERSAL I/E Scale-12*, o MFRSS e respetivas dimensões.

Na Tabela 110 a Matriz das correlações de Pearson entre o WHOQOL-SRPB com as suas 10 facetas (que avalia a qualidade de vida espiritual) e os restantes Instrumentos de medida/variáveis em estudo e respetivos domínios/facetas/dimensões.

Na Tabela 111 a Matriz das correlações de Pearson entre o BFI (*Big Five Inventory*), o envolvimento religioso do ASPIRES, o *AGE UNIVERSAL I/E Scale-12*, o MFRSS, o *Brief RCOPE* e respetivas dimensões.

Na Tabela 112 a Matriz das correlações de Pearson entre o domínio VI-SRPB do WHOQOL-100, O IACLIDE, o BFI e respetivas dimensões.

Na Tabela 113 a Matriz das correlações de Pearson entre o BFI e a STS do ASPIRES.

Testámos a nossa hipótese dois: *O domínio SRPB encontra-se positiva e significativamente associado aos restantes domínios da qualidade de vida e à percepção global da QdV, esta última avaliada pela Faceta Geral do WHOQOL-BREF.*

Da análise das intercorrelações expressas na Tabela 108 constatámos, desde logo, que o domínio VI-SRPB do WHOQOL-100 encontrou-se positiva e significativamente ($p < .01$) associado quer aos quatro domínios, quer à Faceta Geral do WHOQOL-BREF, apresentando uma correlação que oscilou entre .18 (com o domínio físico e com a Faceta Geral) e .43 (com o domínio psicológico).

No que concerne ao domínio SRPB, composto pelas 10 facetas da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB, pudemos verificar que, na sua globalidade, este domínio se correlacionou, de forma positiva e significativa com os domínios do WHOQOL-BREF bem como com a sua Faceta Geral, apresentando valores r que variaram entre .20 e .40 (com o domínio físico); entre .16 e .66 (com o domínio psicológico); entre .16 e .53 (com o domínio das relações sociais); entre .15 e .40 (com o domínio do ambiente) e entre .10 e .40 (com a Faceta Geral). Para mais pormenores veja-se Tabela 108.

Tabela 108

Matriz das correlações de Pearson entre o WHOQOL-BREF e os restantes instrumentos de medida/variáveis em estudo e respetivos domínios/ facetas/dimensões

Instrumentos /variáveis	Domínios/Facetas/Dimensões	D1	D2	D3	D4	FG
WHOQOL –BREF / Qualidade de vida	D1.Domínio Físico	---				
	D2.Domínio Psicológico	.58**	---			
	D3.Domínio das Relações sociais	.42**	.65**	---		
	D4.Domínio do Ambiente	.54**	.54**	.45**	---	
	Faceta Geral	.57**	.49**	.37**	.56**	---
D omínio VI-SRPB_WHOQOL-100_4 questões	Qualidade de vida espiritual	.18**	.43**	.33**	.24**	.18**
WHOQOL-SRPB / Qualidade de vida espiritual	SP1.Ligação a um Ser ou Força espiritual	-.05	.16**	.06	.07	.06
	SP2. Sentido da Vida	.20**	.54**	.41**	.32**	.20**
	SP3.Admiração	.26**	.49**	.33**	.36**	.34**
	SP4.Totalidade e Integração	.22**	.51**	.30**	.31**	.31**
	SP5.Força espiritual	.06	.36**	.23**	.15**	.12*
	SP6.Paz interior/Serenidade/Harmonia	.40**	.64**	.53**	.39**	.37**
	SP7.Esperança e Otimismo	.37**	.66**	.46**	.42**	.36**
	SP8.Fé	-.01	.25**	.16**	.06	.05
	SP9.Relação com os outros	.04	.28**	.21**	.23**	.10*
	SP10.Estilo de Vida	.23**	.53**	.37**	.40**	.40**
IACLIDE / Depressão	Sintomas Cognitivos	-.40**	-.58**	-.44**	-.34**	-.37**
	Sintomas Biológicos	-.52**	-.52**	-.35**	-.33**	-.35**
	Sintomas Interpessoais	-.38**	-.40**	-.26**	-.24**	-.28**
	Sintomas de Desempenho de Tarefa	-.47**	-.46**	-.28**	-.28**	-.31**
<i>Brief RCOPE / Coping religioso</i>	<i>Coping religioso positivo</i>	-.10	.06	.08	-.05	-.01
	<i>Coping religioso negativo</i>	-.26**	-.39**	-.27**	-.35**	-.27**
ASPIRES – <i>Religious Sentiments</i>	Envolvimento religioso	-.10	.12*	.08	.02	.04
ASPIRES – (STS) / Espiritualidade como Transcendência	<i>Prayer fulfillment</i>	-.07	.11*	.06	.01	.05
	<i>Universality</i>	-.02	.12*	.02	.06	.06
	<i>Connectedness</i>	-.01	.03	.06	.06	.02
AGE-UNIVERSAL-I/E Scale-12/ Orientação religiosa	Orientação religiosa intrínseca	-.12*	.10	-.07	-.02	-.02
	Orientação religiosa extrínseca pessoal	-.11*	.02	-.07	.09	-.12**
	Orientação religiosa extrínseca social	-.10*	-.09	.01	-.12*	-.06
MFRSS/ Suporte social religioso	Suporte de Deus	-.06	.17**	.11*	.01	.03
	Suporte do líder religioso	-.07	.15**	.18**	.04	.00
	Suporte dos participantes	-.08	.13*	.19**	.02	.00
<i>Big Five Inventory (BFI)/ Personalidade</i>	Extroversão	.16**	.30**	.31**	.20**	.14**
	Amabilidade	.12*	.21**	.19**	.16**	.11*
	Conscienciosidade	.14**	.24**	.21**	.18**	.11*
	Neuroticismo	-.39**	-.45**	-.28**	-.24**	-.27**
	Abertura à experiência	.12*	.23**	.11*	.11*	.11*

Legenda. D1-Domínio Físico; D2-Domínio Psicológico; D3-Domínio das Relações Sociais; D4-Domínio do Ambiente
* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Testámos a nossa terceira hipótese: *As variáveis envolvimento religioso, orientação religiosa intrínseca, suporte social religioso e coping religioso positivo encontram-se positiva e significativamente associadas à qualidade de vida e qualidade*

de vida espiritual, ao passo que as variáveis orientação religiosa extrínseca e coping religioso negativo o estão negativa e significativamente.

No que respeita ao envolvimento religioso (operacionalizado no nosso estudo pela subescala *Religious Sentiments* do ASPIRES), da Tabela 108 resulta que o mesmo se intercorrelacionou positiva e significativamente apenas com o domínio psicológico do WHOQOL-BREF ($r = .12$, $p < .05$). Por seu turno, verificamos da Tabela 109 que o envolvimento religioso se correlacionou positiva e significativamente com a qualidade de vida espiritual avaliada pelo domínio VI-SRPB do WHOQOL-100 ($r = .60$, $p < .01$).

O mesmo se passa quando aquela é avaliada pelo WHOQOL-SRPB (10 facetas), apresentando, neste caso, valores r que oscilaram entre .25 (envolvimento religioso e Faceta SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia*) e .76 (envolvimento religioso e Faceta SP8. *Fé*). Saliente-se que os índices de correlação significativos mais elevados registam-se na correlação do envolvimento religioso com as Facetas SP8. *Fé* ($r = .76$, $p < .01$), SP1. *Ligação a um Ser ou Força espiritual* ($r = .70$, $p < .01$) e SP5. *Força espiritual* ($r = .61$, $p < .01$). Para mais pormenores veja-se a Tabela 110.

Quanto à orientação religiosa, podemos constatar da Tabela 108 que a mesma se correlacionou de forma negativa e significativa ($p < .05$) com a qualidade de vida (avaliada pelo WHOQOL-BREF), concretamente com o domínio físico (orientação religiosa intrínseca e extrínseca pessoal e social, respetivamente, com um $r = -.12$ e um $r = -.10$, com o domínio do ambiente (orientação religiosa extrínseca social; $r = -.12$, $p < .05$) e com a sua Faceta Geral (orientação religiosa extrínseca pessoal; $r = -.12$, $p < .05$). Nenhuma das restantes intercorrelações se revelou significativa. A intercorrelação com a qualidade de vida espiritual, avaliada pelo domínio VI – SRPB do WHOQOL 100 mostrou-se positiva e significativa ($p < .01$) ao nível da orientação religiosa intrínseca ($r = .56$) e da orientação religiosa extrínseca pessoal ($r = .29$). Apesar de negativa, a correlação existente entre o domínio SRPB do WHOQOL-100 e a orientação religiosa extrínseca social, a mesma não resultou significativa (cf. Tabela 109). Por sua vez, a intercorrelação com as 10 facetas do WHOQOL-SRPB (que avalia a qualidade de vida espiritual) veio a manifestar-se totalmente positiva e significativa ($p < .01$), com valores r que oscilaram entre .27 (com a Faceta SP7. *Esperança e otimismo*) e .77 (com a Faceta SP8. *Fé*). Os valores mais elevados evidenciados na intercorrelação da orientação religiosa intrínseca com o WHOQOL-SRPB, para além da Faceta SP8. *Fé*

foram de .69 (Faceta SP1. *Ligação a um Ser ou Força espiritual*) e .50 (Faceta SP9. *Relação com os outros*). Constatamos, também, uma intercorrelação positiva e significativa da orientação religiosa extrínseca pessoal com maior parte das facetas do WHOQOL-SRPB, a qual oscilou entre .10 (Faceta SP3. *Admiração* e SP7. *Esperança e otimismo*) e .44 (faceta SP1. *Ligação a um Ser ou Força espiritual*). Ainda que negativas, as correlações entre a orientação religiosa extrínseca social e as facetas do WHOQOL-SRPB não se revelaram estatisticamente significativas (cf. Tabela 110).

No que concerne ao suporte social religioso (avaliado pelo MFRSS), podemos verificar da Tabela 108 que todas as dimensões do mesmo (suporte de Deus, suporte do líder religioso e suporte dos participantes) se correlacionaram positiva e significativamente com dois dos domínios do WHOQOL-BREF: os domínios psicológico (com um valor r que variou entre .13 e .17, respetivamente, com o suporte dos participantes e com o suporte de Deus) e das relações sociais (com um valor r que variou entre .11 e .19, respetivamente, com o suporte de Deus e com o suporte dos participantes). Por seu turno, resulta da Tabela 109 uma correlação positiva e significativa ($p < .01$) entre todas as dimensões do suporte social religioso e a qualidade de vida espiritual, avaliada pelo domínio VI – SRPB do WHOQOL 100, registando-se uma oscilação entre .47 (suporte dos participantes) e .58 (suporte de Deus). Verificamos, ainda, que existe uma intercorrelação positiva e significativa ($p < .01$) do suporte social religioso com a totalidade das facetas do WHOQOL-SRPB, oscilando o valor r entre .20 (Faceta SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia* com o suporte de Deus e o suporte dos participantes) e .78 (Faceta SP8. *Fé* e o suporte de Deus). Constatamos, também, que os índices de intercorrelação mais elevados se situaram ao nível das associações sobrevividas das várias dimensões de suporte social religioso com as Facetas SP8. *Fé* (os valores r variam entre .59 e .78), SP1. *Ligação a um Ser ou Força espiritual* (os valores r variam entre .54 e .69). Aparece, ainda, um índice de .57 na intercorrelação do suporte de Deus e a Faceta SP5. *Força espiritual* e .46 na associação entre o suporte de Deus e as Facetas SP4. *Totalidade e integração* e SP9. *Relação com os outros* (cf. Tabela 110).

Relativamente ao *coping religioso* (avaliado no nosso estudo pelo *Brief RCOPE*), apenas se revelaram significativas ($p < .01$) as intercorrelações do *coping religioso* negativo com a qualidade de vida (domínios e Faceta Geral do WHOQOL-BREF),

apresentando-se todas elas de forma negativa. Os valores r variaram entre $-.26$ (com o domínio físico) e $.39$ (com o domínio psicológico), cf. Tabela 108. Por sua vez, resulta da Tabela 109 uma correlação positiva e significativa ($r = .56, p < .01$) entre o *coping* religioso positivo e a qualidade de vida espiritual, avaliada pelo domínio VI – SRPB do WHOQOL 100. Entre este domínio e o *coping* religioso negativo emergiu uma correlação negativa e significativa ($r = .56, p < .01$). Verificamos, também, a existência de uma intercorrelação do *coping* religioso e de todas as facetas do WHOQOL-SRPB, sendo essa intercorrelação positiva e significativa ($p < .01$) no caso do *coping* religioso positivo. Os valores r oscilaram entre $.19$ (*coping* religioso positivo e Faceta SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia) e $.74$ (*coping* religioso positivo e Faceta SP8. Fé). Ao nível do *coping* religioso negativo as intercorrelações revelaram-se, maioritariamente, negativas e significativas ($p < .05; p < .01$) com um valor r que variou entre $-.11$ (*coping* religioso negativo e a Faceta SP2. *Sentido da vida*) e $-.24$ (*coping* religioso negativo e a Faceta SP7. *Esperança e otimismo*) cf. Tabela 110.

Testámos a nossa quarta hipótese: *As variáveis orientação religiosa, suporte social religioso e coping religioso estão associados positiva e significativamente ao envolvimento religioso.*

Quanto à orientação religiosa, podemos constatar da Tabela 109 que apenas a orientação religiosa intrínseca e extrínseca pessoal se correlacionaram de forma positiva e significativa ($p < .01$) com o envolvimento religioso respetivamente, com um $r = .81$ e um $r = -.39$.

Relativamente ao suporte social religioso, todas as suas dimensões se encontram correlacionadas de forma positiva e significativa ($p < .01$) com o envolvimento religioso, variando entre $.67$ (suporte dos participantes) e $.78$ (suporte de Deus), cf. Tabela 109.

No que respeita ao *coping* religioso, apenas o *coping* religioso positivo se apresentou intercorrelacionado com o envolvimento religioso ($r = .76, p < .01$), cf. Tabela 109.

Tabela 109

Matriz das Correlações de Pearson entre o domínio VI do WHOQOL-100 e o *Brief RCOPE*, o envolvimento religioso e a STS do *ASPIRES*, o *AGE-UNIVERSAL-I/E Scale-12*, o *MFRSS* e respectivas dimensões

Instrumentos /variáveis	Domínios/dimensões	QVE	CRP	CRN	ER	P	U	C	OI	OEP	OES	SD	SLR	SP
D omínio VI-SRPB_WHOQOL-100_4 questões	Qualidade de vida espiritual	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
<i>Brief RCOPE/Coping</i> religioso	<i>Coping</i> religioso positivo	.56**	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	<i>Coping</i> religioso negativo	-.11*	.28**	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
<i>ASPIRES – Religious Sentiments</i>	Envolvimento religioso	.60**	.76**	.06	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
<i>ASPIRES – STS/ Espiritualidade como Transcendência</i>	<i>Prayer fulfillment</i>	.57**	.74**	.04	.77**	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	<i>Universality</i>	.48**	.50**	-.04	.50**	.71**	---	---	---	---	---	---	---	---
	<i>Connectedness</i>	.21**	.21**	.05	.07	.33**	.51**	---	---	---	---	---	---	---
<i>AGE-UNIVERSAL-I/E Scale-12/ Orientação religiosa</i>	Orientação religiosa intrínseca	.56**	.72**	.05	.81**	.79**	.53**	.21**	---	---	---	---	---	---
	Orientação religiosa extrínseca pessoal	.29**	.53**	.19**	.39**	.51**	.28**	.23**	.52**	---	---	---	---	---
	Orientação religiosa extrínseca Social	-.03	.15**	.24**	.07	.04	-.06	-.08	.14**	.13**	---	---	---	---
<i>MFRSS/ Suporte social religioso</i>	Suporte de Deus	.58**	.74**	.07	.78**	.79**	.56**	.21**	.78**	.50**	.11**	---	---	---
	Suporte do líder religioso	.49**	.61**	.03	.69**	.62**	.41**	.09	.67**	.36**	.15**	.72**	---	---
	Suporte dos participantes	.47**	.60**	.02	.67**	.60**	.44**	.07	.66**	.33**	.20**	.68**	.94**	---

Legenda. QVE-Qualidade de vida espiritual avaliada pelo Domínio VI-SRPB do WHOQOL-100; CRP-Coping religioso positivo; CRN-Coping religioso negativo; ER-Envolvimento religioso; P-Prayer fulfillment; U-Universality; C-connectedness; OI-Orientação religiosa intrínseca; OEP-Orientação religiosa extrínseca pessoal; OES-Orientação religiosa extrínseca Social; SD-Suporte de Deus; SLR-Suporte do líder religioso; SP-Suporte dos participantes.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Testámos a nossa quinta hipótese: *A espiritualidade como Transcendência encontra-se positiva e significativamente associada à qualidade de vida e à qualidade de vida espiritual.*

Da Tabela 108 podemos constatar que as únicas dimensões do STS (que avalia a espiritualidade como Transcendência) que se apresentaram correlacionadas com a qualidade de vida (avaliada pelo WHOQOL-BREF) foram a *prayer fulfillment* e a *universality*. Estas surgem intercorrelacionadas positiva e significativamente ($p < .01$) apenas com um dos domínios da qualidade de vida - o domínio psicológico - apresentando valores que oscilaram entre .11 (*prayer fulfillment*) e .12 (*universality*).

Já no que respeita à qualidade de vida espiritual avaliada pelo domínio VI do WHOQOL-100, da Tabela 109 podemos verificar que todas as dimensões da STS se correlacionam positiva e significativamente ($p < .01$) com aquele domínio, oscilando o valor de r entre .21 (*connectedness*) e .57 (*prayer fulfillment*).

De igual modo, no que se refere à qualidade de vida espiritual avaliada pelo WHOQOL-SRPB, todas as dimensões da STS emergiram associadas positiva e significativamente ($p < .01$) à totalidade das 10 facetas do WHOQOL-SRPB, com exceção da dimensão *connectedness* e da Faceta SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia* cuja correlação não se revelou significativa (cf. Tabela 110).

Nas restantes intercorrelações, o valor de r variou entre .14 (*connectedness* com as Facetas SP7. *Esperança e otimismo* e SP10. *Estilo de Vida*) e .80 (*prayer fulfillment* e SP8. *Fé*), logo seguido de .79 *prayer fulfillment* e SP1. *Ligação a um Ser ou Força espiritual*). Para mais pormenores veja-se a Tabela 110.

Testámos a nossa sexta hipótese: *A espiritualidade como Transcendência encontra-se positiva e significativamente associada ao envolvimento religioso, à orientação religiosa, ao suporte social religioso e ao coping religioso positivo ao passo que a variável coping religioso negativo está-lhe negativa e significativamente associada.*

No que concerne ao envolvimento religioso, verificamos da Tabela 109 que o mesmo se encontra positiva e significativamente ($p < .01$) intercorrelacionado com a espiritualidade como Transcendência (avaliada pela STS do ASPIRES) mas apenas com duas das suas dimensões: a *prayer fulfillment* ($r = .77$) e a *universality* ($r = .50$).

Quanto à orientação religiosa intrínseca, a mesma apareceu correlacionada de forma positiva e significativa ($p < .01$) com todas as dimensões da STS: *prayer fulfillment* ($r = .79$), a *universality* ($r = .53$) e a *connectedness* ($r = .21$). Surgiu, igualmente, intercorrelacionada positiva e significativamente ($p < .01$) com a orientação religiosa extrínseca pessoal, com a totalidade das referidas dimensões, oscilando o valor de r entre $.23$ (*connectedness*) e $.51$ (*prayer fulfillment*). Em contrapartida, ao nível da orientação religiosa extrínseca social, nenhuma das intercorrelações revelou ser significativa (cf. Tabela 109).

Relativamente ao suporte social religioso, emergiram correlações positivas e significativas ($p < .01$) entre todas as suas dimensões – suporte de Deus, do líder religioso e dos participantes - com duas das dimensões da STS: a *prayer fulfillment* e a *universality* variando os valores de r entre $.41$ (suporte do líder religioso e *universality*) e $.79$ (suporte de Deus e *prayer fulfillment*). Ao nível da dimensão *connectedness* da STS, apenas a correlação desta dimensão com o suporte de Deus se veio a revelar positiva e significativamente ($r = .21$, $p < .01$). Para mais pormenores veja-se a Tabela 109.

No que respeita ao *coping* religioso, podemos constatar da Tabela 109 que todas as dimensões da STS se intercorrelacionam com o *coping* religioso positivo de forma significativa ($p < .01$), ao contrário do que sucede com o *coping* religioso negativo (onde nenhuma das intercorrelações com a espiritualidade como Transcendência foi significativa). Ressalta, também, da análise aos dados constantes da referida Tabela, que existe uma associação positiva entre aquela forma de *coping* religioso [positivo] e a *prayer fulfillment* ($r = .74$), a *universality* ($r = .50$) e a *connectedness* ($r = .21$).

Tabela 110

Matriz das Correlações de Pearson entre o WHOQOL-SRPB e os restantes instrumentos de medida/variáveis em estudo e respetivos domínios/ facetas/dimensões

Instrumentos /variáveis	Domínios/facetadas/dimensões	SP1	SP2	SP3	SP4	SP5	SP6	SP7	SP8	SP9	SP10	SP11
WHOQOL-SRPB/Qualidade de vida espiritual	SP1.Ligação a um Ser ou Força espiritual	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	SP2. Sentido da Vida	.54**	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	SP3. Admiração	.48**	.54**	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	SP4. Totalidade e Integração	.59**	.59**	.72**	---	---	---	---	---	---	---	---
	SP5. Força espiritual	.80**	.61**	.62**	.71**	---	---	---	---	---	---	---
	SP6. Paz interior/Serenidade/Harmonia	.29**	.48**	.58**	.56**	.45**	---	---	---	---	---	---
	SP7. Esperança e Otimismo	.36**	.57**	.62**	.61**	.48**	.70**	---	---	---	---	---
	SP8. Fé	.83**	.53**	.47**	.59**	.78**	.30**	.40**	---	---	---	---
	SP9. Relação com os outros	.57**	.52**	.57**	.65**	.65**	.34**	.43**	.58**	---	---	---
	SP10. Estilo de Vida	.43**	.49**	.60**	.70**	.53**	.58**	.65**	.46**	.62**	---	---
D omínio VI-SRPB_ WHOQOL-100_4 questões	QVespiritual_SRPB_4 questões	.63**	.65**	.54**	.62**	.64**	.46**	.54**	.66**	.62**	.53**	---
IACLIDE/Depressão	Sintomas Cognitivos	-.05	-.29**	-.29**	-.29**	-.16**	-.47**	-.47**	-.11**	-.13**	-.34**	---
	Sintomas Biológicos	.03	-.18**	-.24**	-.23**	-.09	-.46**	-.43**	-.02	-.04	-.32**	---
	Sintomas Interpessoais	.04	-.10	-.18**	-.14**	-.05	-.32**	-.30**	.02	-.02	-.20**	---
	Sintomas de Desempenho de Tarefa	.06	-.17**	-.14**	-.15**	-.04	-.30**	-.30**	-.00	-.03	-.23**	---
Brief RCOPE/Coping religioso	Coping positivo	.68**	.42**	.33**	.41**	.56**	.19**	.28**	.74**	.40**	.31**	---
	Coping negativo	.10	-.11**	-.18**	-.16**	-.03	-.22**	-.24**	.04	-.09	-.19**	---
ASPIRES – Religious Sentiments	Envolvimento religioso	.70**	.41**	.36**	.47**	.61**	.25**	.31**	.76**	.43**	.35**	---
ASPIRES – (STS)/ Espiritualidade como Transcendência	Prayer fulfillment	.79**	.45**	.44**	.54**	.69**	.20**	.30**	.80**	.51**	.39**	---
	Universality	.61**	.46**	.44**	.51**	.55**	.18**	.28**	.53**	.55**	.34**	---
	Connectedness	.29**	.26**	.22**	.21**	.26**	.07**	.14**	.18**	.36**	.14**	---
AGE-UNIVERSAL-1/E Scale-12/Orientação religiosa	Orientação religiosa intrínseca	.69**	.36**	.35**	.46**	.57**	.18**	.28**	.77**	.50**	.36**	---
	Orientação religiosa extrínseca pessoal	.44**	.21**	.10**	.15**	.34**	.03**	.10**	.50**	.25**	.12**	---
	Orientação religiosa extrínseca Social	.07	-.07	-.02	-.00	-.05	.03**	.01**	.07**	-.01**	.00**	---
MFRSS/ Suporte social religioso	Suporte de Deus	.69**	.44**	.35**	.46**	.57**	.20**	.27**	.78**	.46**	.30**	---
	Suporte do líder religioso	.56**	.33**	.29**	.38**	.45**	.18**	.28**	.61**	.38**	.30**	---
	Suporte dos participantes	.54**	.32**	.30**	.36**	.45**	.20**	.25**	.59**	.38**	.31**	---
Big Five Inventory (BFI)/ Personalidade	Extroversão	.08	.24**	.18**	.17**	.15**	.22**	.30**	.10**	.14**	.22**	---
	Amabilidade	.21**	.25**	.15**	.25**	.20**	.19**	.20**	.20**	.26**	.23**	---
	Conscienciosidade	.13**	.18**	.11**	.16**	.11**	.19**	.20**	.13**	.15**	.22**	---
	Neuroticismo	.00	-.10**	-.15**	-.21**	-.08	-.43**	-.39**	-.02	-.06	-.29**	---
	Abertura à experiência	.06	.15**	.27**	.19**	.07	.18**	.22**	-.02	.17**	.25**	---

SP-Ligação a um Ser ou Força espiritual; SP2-Sentido da Vida; SP3-Admiração; SP4-Totalidade e Integração; SP5-Força espiritual; SP6-Paz interior/Serenidade/Harmonia; SP7-Esperança e Otimismo; SP8-Fé; SP9-Relação com os outros; SP10. Estilo de Vida.

Legenda. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Testámos a nossa sétima hipótese: *A depressão encontra-se negativa e significativamente associada à qualidade de vida e à qualidade de vida espiritual.*

Da Tabela 108 resulta que todos os sintomas depressivos do IACLIDE se correlacionam negativa e significativamente ($p < .01$) com todos os domínios e com a Faceta Geral da qualidade de vida (avaliados pelo WHOQOL-BREF), oscilando, ao nível dos domínios da QdV, entre um valor de r de $-.24$ (sintomas interpessoais e domínio do ambiente) e $-.58$ (sintomas cognitivos e domínio psicológico) e ao nível da Faceta Geral da QdV entre $-.28$ (sintomas interpessoais) e $-.37$ (sintomas cognitivos).

Constatamos da Tabela 112 que a depressão se encontra intercorrelacionada negativa e significativamente ($p < .01$) com a qualidade de vida espiritual avaliada pelo domínio VI - SRPB do WHOQOL-100, apresentando valores de r que variaram entre $-.10$ (sintomas interpessoais) e $-.23$ (sintomas cognitivos). A intercorrelação dos sintomas de desempenho de tarefa com o domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 não se revelou significativa.

No que diz respeito à qualidade de vida espiritual avaliada pelas 10 facetas do WHOQOL-SRPB, as intercorrelações entre esta e os sintomas depressivos foram, maioritariamente, negativos e significativos variando entre um valor de $r = -.10$, $p < .05$ (sintomas interpessoais e Faceta SP2. *Sentido da Vida*) e de $r = -.47$ (sintomas cognitivos e Facetas SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia* e SP7. *Esperança e Otimismo*). Para mais pormenores, veja-se a Tabela 110.

Tabela 111

Matriz das correlações de Pearson entre o BFI, o envolvimento religioso do ASPIRES, o AGE-UNIVERSAL-I/E Scale-12, o MFRSS, o Brief RCOPE e respectivas dimensões

Instrumentos /variáveis	Domínios/Facetadas/dimensões	Ext	AM	Consc	Neu	AE
<i>Big Five Inventory</i> (BFI)/personalidade	Extroversão	...	---	...	---	---
	Amabilidade	.12*	---	...	---	---
	Conscienciosidade	.35**	.34**	...	---	---
	Neuroticismo	-.13**	-.21**	-.09**	---	---
	Abertura à experiência	.41**	.17**	.29**	-.16**	---
ASPIRES – <i>Religious Sentiments</i>	Envolvimento religioso	.09	.22**	.14**	.02	-.02
AGE-UNIVERSAL-I/E Scale-12 /Orientação religiosa	Orientação religiosa intrínseca	.10*	.22**	.17**	.03	-.01
	Orientação religiosa extrínseca pessoal	.02	.18**	.09	.11**	-.13**
	Orientação religiosa extrínseca social	-.06	-.10*	-.08	-.03	-.10
MFRSS/Suporte social religioso	Suporte de Deus	.11**	.23**	.17**	.07	.02
	Suporte do líder religioso	.11**	.17**	.10	-.02	.00
	Suporte dos participantes	.15**	.17**	.11*	-.02	.01
<i>Brief RCOPE/Coping</i> religioso	<i>Coping</i> religioso positivo	.13**	.19**	.12**	.11*	-.04
	<i>Coping</i> religioso negativo	-.10*	-.09	-.09	.25**	-.08

Legenda. Ext-extroversão; AM-amabilidade; Consc-Conscienciosidade; Neu-Neuroticismo; AE-Abertura à experiência.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Testámos a nossa oitava hipótese: *Todos os traços de personalidade encontram-se positiva e significativamente associados à qualidade de vida e à qualidade de vida espiritual, com exceção do neuroticismo que se lhes associa de forma significativa mas negativa.*

Da análise da Matriz das Correlações de Pearson entre o WHOQOL-BREF (que avalia a qualidade de vida) e do BFI (que avalia a personalidade), cf. Tabela 108, podemos constatar que todos os traços de personalidade, com exceção do neuroticismo, se correlacionaram positiva e significativamente com a qualidade de vida: ao nível dos domínios da QdV entre valores $r = .11$; $p < .05$ (abertura à experiência e domínios das relações sociais e ambiente) e $r = .31$; $p < .01$ (extroversão e domínio das relações sociais); ao nível da Faceta Geral (que avalia a perceção global da QdV) verificou-se uma oscilação entre valores $r = .11$; $p < .05$ (amabilidade, conscienciosidade e abertura à experiência) e $r = .14$, $p < .01$. Todas as intercorrelações do neuroticismo com a qualidade de vida revelaram-se negativa e significativamente ($p < .01$): no que concerne aos domínios da QdV com um r que variou entre $-.24$ (neuroticismo e domínio do ambiente) e $-.45$ (neuroticismo e domínio psicológico); quanto à Faceta Geral com um $r = -.27$.

No que respeita à associação entre os traços de personalidade e a qualidade de vida espiritual, avaliada pelo domínio VI - SRPB do WHOQOL-100 (que operacionaliza neste estudo, de forma mais sucinta, a qualidade de vida espiritual), a mesma veio a revelar-se positiva e significativa ao nível da extroversão, amabilidade, conscienciosidade e abertura à experiência, apresentando uma correlação que oscila entre um valor de $r = .12$, $p < .05$ (domínio SRPB e abertura à experiência) e $r = .23$, $p < .01$ (domínio SRPB e amabilidade). No que concerne à intercorrelação do domínio SRPB e o neuroticismo, a mesma apresentou um $r = -.14$, $p < .01$ (cf. Tabela 112).

No que diz respeito ao domínio SRPB, composto pelas 10 facetas da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB, podemos verificar da Tabela 110 que, na sua globalidade, a extroversão, a amabilidade, a conscienciosidade e a abertura à experiência, se correlacionaram significativa e positivamente com a qualidade de vida espiritual, avaliada por aquele instrumento de medida, oscilando entre valores de $r = .10$; $p < .05$ (extroversão e SP8. Fé) e $.30$; $p < .01$ (extroversão e SP7. *Esperança e otimismo*). Já no que respeita ao neuroticismo, este correlacionou-se com a qualidade de vida espiritual (globalmente considerada), de forma significativa e negativa, variando essa correlação entre um valor de $r = -.10$; $p < .05$ (Faceta SP2. *Sentido da vida*) e um $r = -.43$, $p < .01$ (Faceta SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia*).

Testámos a nossa nona hipótese: *O neuroticismo está significativa e positivamente associado à depressão enquanto os restantes traços de personalidade o estão significativa e negativamente.*

Resulta da análise dos dados da Tabela 112 que o neuroticismo se correlaciona de forma positiva e significativamente ($p < .01$) com todos os sintomas depressivos do IACLIDE, entre um valor de r de $.38$ (sintomas interpessoais) e $.52$ (sintomas biológicos). Em contrapartida, emergiu, maioritariamente, uma intercorrelação negativa e significativa da depressão com os restantes traços de personalidade, entre um $r = -.11$, $p < .05$ (sintomas interpessoais e conscienciosidade) e um $r = -.21$, $p < .01$ (sintomas cognitivos e extroversão).

Tabela 112

Matriz das Correlações de Pearson entre o domínio VI do WHOQOL-100, o IACLIDE, o BFI e respectivas dimensões

Instrumentos /variáveis	Domínios/dimensões	QVE	SC	SB	SI	SDT	Ext	AM	Consc	Neu	AE
D domínio VI-SRPPB_WHOQOL-100_4 questões	Qualidade de vida espiritual	---									
IACLIDE / Depressão	Sintomas Cognitivos	-.23**	---								
	Sintomas Biológicos	-.14**	.72**	---							
	Sintomas Interpessoais	-.10*	.69**	.68**	---						
	Sintomas de Desempenho de Tarefa	-.95	.75**	.72**	.63**	---					
BFI /Personalidade	Extroversão	.16**	-.21*	-.12*	-.07	-.21**	---				
	Amabilidade	.23**	-.17**	-.08	-.12*	-.04	.12*	---			
	Conscienciosidade	.16**	-.20**	-.12*	-.11*	-.19**	.35**	.34**	---		
	Neuroticismo	-.14**	.47**	.52**	.38**	.40**	-.13**	-.21**	-.09	---	
	Abertura à experiência	.12*	-.09	-.13**	-.08	-.13**	.41**	.17**	.29**	-.16**	---

Legenda. QVE-Qualidade de vida espiritual; SC-Sintomas Cognitivos; SB-Sintomas Biológicos; SI-Sintomas Interpessoais; SDT-Sintomas de Desempenho de Tarefa; Ext-extroversão; AM-Amabilidade; Consc-Conscienciosidade; Neu-Neuroticismo; AE-Abertura à Experiencia.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Testámos a nossa décima hipótese [primeira parte]: *A espiritualidade como Transcendência encontra-se positiva e significativamente associada a todos os traços de personalidade, com exceção do neuroticismo (...)*

Constatamos da análise dos dados constantes da Tabela 113 que as duas dimensões da *Spiritual Transcendence Scale (STS)* – *prayer fulfillment, universality* – se correlacionam maioritariamente, positiva e significativamente com a extroversão, a amabilidade e a conscienciosidade. A dimensão da STS *prayer fulfillment* aparece intercorrelacionada com os seguintes traços de personalidade : extroversão ($r = .10, p < .05$); amabilidade ($r = .25, p < .01$) e conscienciosidade ($r = .15, p < .01$); a dimensão *universality* encontra-se correlacionada com a extroversão e com a conscienciosidade com o mesmo valor de r ($.13, p < .05$) e, com valores acima destes com a amabilidade ($r = .23, p < .01$) e com a abertura à experiência ($r = .25, p < .01$).

Já no que respeita à *connectedness*, a mesma encontra-se correlacionada positivamente com a conscienciosidade ($r = .10, p < .05$), com a amabilidade ($r = .12, p < .05$) mas, também, com o neuroticismo ($r = .13, p < .05$).

As restantes intercorrelações verificadas ao nível dos traços de personalidade e das dimensões da STS embora positivas, não se revelaram estatisticamente significativas (cf. Tabela 113).

Tabela113

Matriz das correlações de Pearson entre o BFI e a STS

Instrumentos /variáveis	dimensões	Ext	AM	Consc	Neu	AE	P	U	C
<i>Big Five Inventory</i> (BFI)/personalidade	Extroversão	...							
	Amabilidade	.12*	---						
	Conscienciosidade	.35**	.34**	...					
	Neuroticismo	-.13**	-.21**	-.09**	---				
	Abertura à experiência	.41**	.17**	.29**	-.16**	---			
ASPIRES – (STS)/ Espiritualidade como Transcendência	<i>Prayer fulfillment</i>	.10*	.25**	.15**	.03	.03	---		
	<i>Universality</i>	.13*	.23**	.13*	.04	.25**	.71**	---	
	<i>Connectedness</i>	.08	.12*	.10*	.13*	.07	.33**	.51**	---

Legenda. Ext-Extroversão; AM-Amabilidade; Consc-Conscienciosidade; Neu-Neuroticismo; AE-Abertura à experiência; P- *Prayer fulfillment*; U- *Universality*; C- *Connectedness*.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Estudos fatoriais

Testámos a nossa décima hipótese [segunda parte]: *A espiritualidade como Transcendência apresenta-se como um fator distinto/independente dos cinco traços de personalidade.*

Levámos a efeito duas Análises Fatoriais Exploratórias (AFE).

Num primeiro estudo procedeu-se a uma AFE em componentes principais, rotação varimax com normalização Kaiser tendo em consideração as versões originais do BFI (*Big Five Inventory*), que avalia a personalidade, e da *Spiritual Transcendence Scale* (STS) do ASPIRES, que avalia a espiritualidade como Transcendência.

Aferimos, primeiramente, a exequibilidade da Análise Fatorial Exploratória (AFE) do conjunto desses dois instrumentos, calculando o KMO [*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*], o qual foi de .572. Ainda que próximo de um valor a partir do qual a Análise Fatorial Exploratória se considera como “Razoável” (0.60), o valor KMO situa-se, ainda, no patamar de uma AFE considerada “Má” (Kaiser citado por Pestana & Gageiro, 2000). Todavia, levado a efeito o Teste de Esfericidade de Bartlet, o mesmo resultou num valor significativo [$X^2(28) = 787.011, p < .001$] mostrando que existe uma correlação significativa entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2000), o que nos permitiu avançar com a AFE.

Desse estudo resultaram três fatores com valores próprios superiores a um, que explicaram 62.13% da variância.

No primeiro fator saturaram as três dimensões da STS (*prayer fulfillment*, *universality* e *connectedness*) que explicaram 29.39% da variância; no segundo fator saturaram três dos traços de personalidade (a extroversão, a conscienciosidade e a abertura à experiência); e no terceiro fator saturaram os restantes dois traços de personalidade (a amabilidade e o neuroticismo), este com um valor negativo de $-.71$ (cf. Tabela 114).

Tabela 114

Análise Fatorial do BFI e da STS após rotação varimax com normalização Kaiser

Instrumentos/variáveis	Dimensões	Fatores			Comunalidades
		1	2	3	
BFI/Personalidade	Extroversão	.00	.82	.09	.68
	Amabilidade	.31	.16	.71	.62
	Conscienciosidade	.13	.54	.38	.46
	Neuroticismo	.16	-.13	-.71	.54
	Abertura à experiência	.10	.77	.04	.61
STS/Espiritualidade como Transcendência	<i>Prayer fulfillment</i>	.84	-.03	.23	.75
	<i>Universality</i>	.90	.11	.02	.82
	<i>Connectedness</i>	.57	.19	-.37	.52
Valor próprio		2.35	1.58	1.03	
% da variância		29.39	19.80	12.93	

Legenda. Apresentam-se a negrito as saturações superiores a $.40$

Na Figura 1, o *Scree Plot* confirma a retenção dos três fatores. Os valores próprios representados em relação ao número de fatores a reter, são os que correspondem à maior inclinação da reta i.e., a um maior afastamento entre os valores próprios (Pestana & Gageiro, 2000).

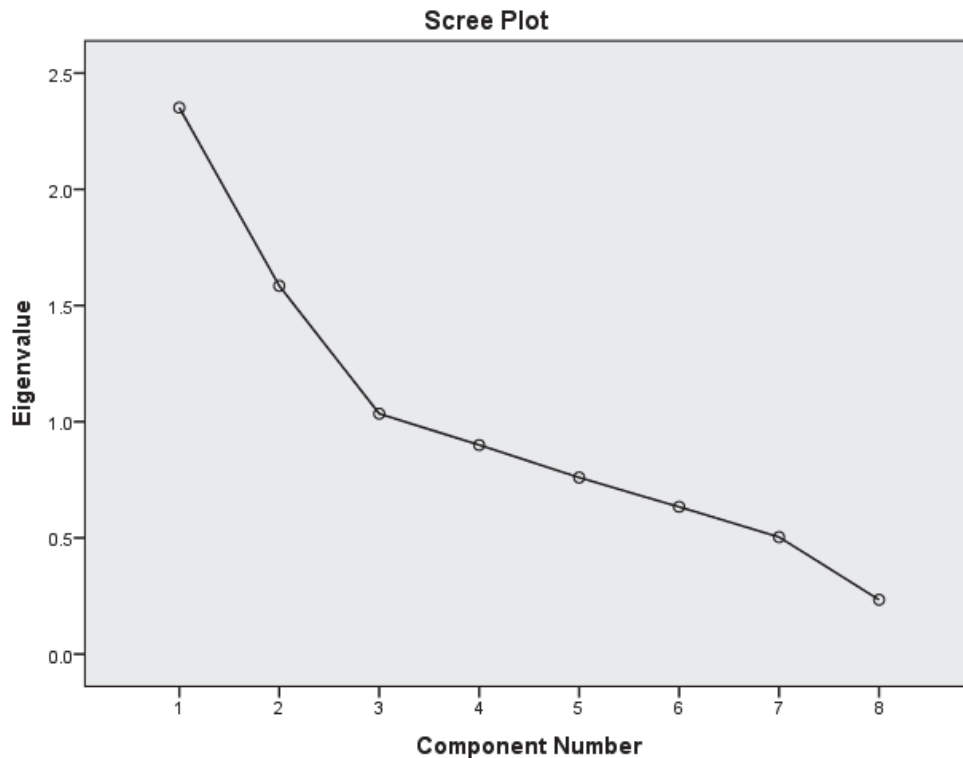


Figura 1. *Scree Plot* da AFE do BFI e da STS em componentes principais rotação varimax com normalização Kaiser.

Num segundo estudo, e tendo, igualmente, em consideração as versões originais do BFI (*Big Five Inventory*), que avalia a personalidade, e da *Spiritual Transcendence Scale* (STS) do ASPIRES, que avalia a espiritualidade como Transcendência, forçámos a dois fatores utilizando uma extração das componentes principais, com rotação varimax, normalização Kaiser.

De igual modo, testámos, primeiramente, a exequibilidade da Análise Fatorial Exploratória do conjunto desses dois Instrumentos, calculando o KMO [*Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy*], o qual foi de .572. Embora próximo de um valor a partir do qual a AFE se considera como “Razoável” (0.60), o valor KMO situa-se ainda no patamar de uma AFE considerada “Má” (Kaiser citado por Pestana & Gageiro, 2000). Todavia, levado a efeito o Teste de Esfericidade de Bartlett, o mesmo resultou num valor significativo [$\chi^2(28) = 787.011, p < .001$] mostrando que existe uma correlação significativa entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2000), o que nos permitiu avançar com a AFE.

Neste estudo, resultaram dois fatores com valores próprios superiores a um, que explicaram 49.2% da variância.

No primeiro fator saturaram todos os traços de personalidade - a extroversão, a amabilidade, a conscienciosidade, o neuroticismo (este de forma negativa, com -.52), e a abertura à experiência - fator esse que explica 29.39% da variância; no segundo fator saturaram as três dimensões da STS - a *prayer fulfillment*, a *universality* e a *connectedness* – fator que explica 19.81% da variância (cf. Tabela 115).

Tabela 115

Análise Fatorial do BFI e da STS após rotação varimax com normalização Kaiser forçada a dois fatores

Instrumentos/variáveis	Dimensões	Fatores		Comunalidades
		1	2	
BFI/personalidade	Extroversão	.70	.02	.49
	Amabilidade	.57	.24	.38
	Conscienciosidade	.67	.11	.46
	Neuroticismo	-.52	.23	.33
	Abertura à experiência	.64	.11	.42
STS/espiritualidade como Transcendência	<i>prayer fulfillment</i>	.15	.81	.67
	<i>universality</i>	.14	.89	.82
	<i>connectedness</i>	-.05	.61	.38
Valor próprio		2.35	1.58	
% da variância		29.39	19.81	

Na Figura 2, o *Scree Plot* corrobora a retenção dos dois fatores. Os valores próprios representados em relação ao número de fatores a reter, são os que correspondem à maior inclinação da reta i.e., a um maior afastamento entre os valores próprios (Pestana & Gageiro, 2000).

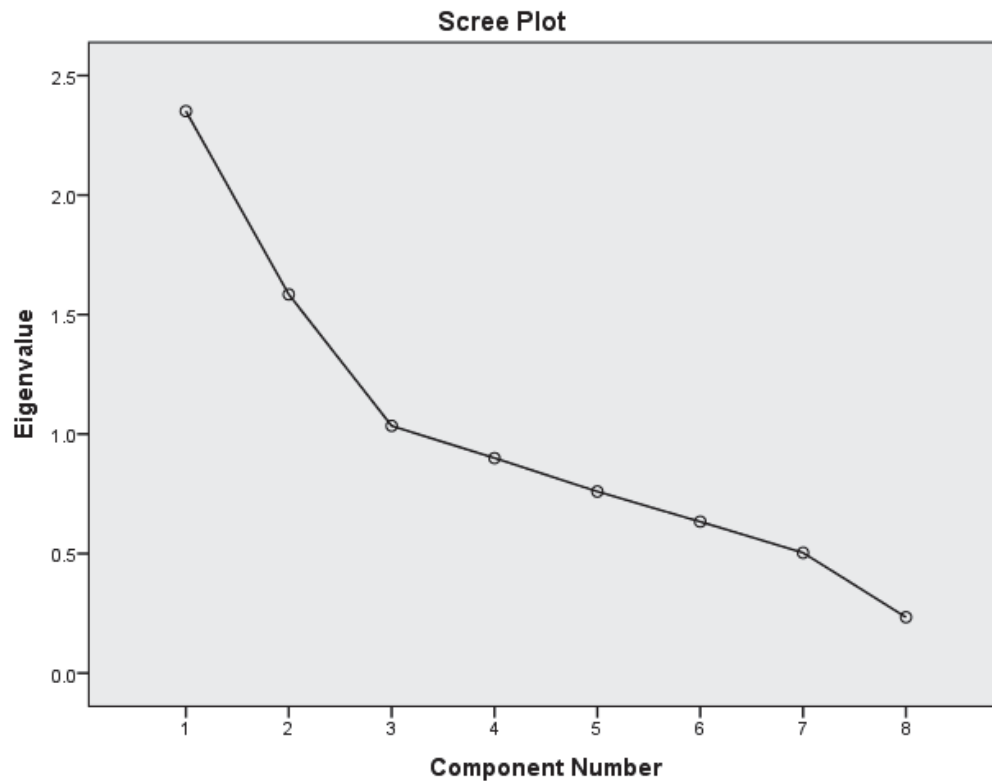


Figura 2. *Scree Plot* da AFE do BFI e da STS em componentes principais rotação varimax com normalização Kaiser, forçada a dois fatores.

Estudos preditivos

Para testarmos as nossas hipóteses 11 a 13, recorreremos a regressões hierárquicas usando, como método de seleção das variáveis, o método Enter (Marôco, 2014), para incluir todas as variáveis em análise.

Começámos por testar a nossa décima primeira hipótese: *A qualidade de vida espiritual (avaliada pelo WHOQOL-SRPB e as suas 10 facetas) é melhor preditora da perceção global da qualidade de vida do que a depressão.*

Pretendendo determinar a percentagem da variância da Faceta Geral da qualidade de vida⁵³ que é atribuível a cada uma das variáveis independentes

⁵³A nossa opção pela Faceta Geral da Qualidade de vida residuiu no facto de a mesma ser avaliada, numa escala tipo Likert de 1 a 5, por dois itens - 1. *Como avalia a sua qualidade de vida?* e 2. *Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?* – que nos permitem aferir a perceção global dos indivíduos acerca da sua qualidade de vida.

(depressão e facetas do WHOQOL-SRPB) e avaliar o respetivo valor preditivo, definimos um modelo com regressões múltiplas hierárquicas em que as variáveis independentes foram organizadas em blocos. Estes foram introduzidos da seguinte forma: no primeiro bloco inserimos a depressão (total do IACLIDE); no segundo bloco, acrescentámos as 10 facetas do WHOQOL-SRPB (SP1. *Ligação a um Ser ou Força espiritual*; SP2. *Sentido da vida*; SP3. *Admiração*; SP4. *Totalidade e integração*; SP5. *Força espiritual*; SP6. *Paz interior/serenidade/harmonia*; SP7. *Esperança e otimismo*; SP8. *Fé*; SP9. *Relação com os outros*; e SP10. *Estilo de Vida*).

Tendo como variável dependente a Faceta Geral da qualidade de vida (para aferir, como dissemos, a perceção global da QdV), observaram-se os resultados registados na Tabela 116.

Verifica-se que o primeiro bloco explicou 12% da variância da perceção global da QdV, mesmo tendo em consideração a correção deste valor, representado por ΔR^2 , $F(1, 493) = 69.91$, $p < .001$, sendo este valor significativo.

Quando inseridas as variáveis do bloco 2, a variância explicada é de 26% ou 14%, se tivermos em conta a correção deste valor, representado por ΔR^2 , $F(10, 483) = 15.35$, $p < .001$, sendo este valor significativo.

Tabela 116

Sumário da regressão para a perceção global da qualidade de vida

Modelo	R	R ²	Adjusted R ²	ΔR^2	Std. Error of Estimate	F	Sig. F	ΔF	df1	df2	Sig. ΔF
1	.35 ^a	.12	.12	.12	1.03	69.91	.000	69.91	1	493	.000
2	.51 ^b	.26	.24	.14	0.96	15.35	.000	8.80	10	483	.000

Legenda. a. Preditores: (Constant). Depressão.

b. Preditores: (Constant). depressão. SP1. *Ligação a um Ser ou Força espiritual*; SP2. *Sentido da vida*; SP3. *Admiração*; SP4. *Totalidade e integração*; SP5. *Força espiritual*; SP6. *Paz Interior/Serenidade/Harmonia*; SP7. *Esperança e otimismo*; SP8. *Fé*; SP9. *Relação com os outros*; e SP10. *Estilo de Vida*.

Variável dependente: perceção global da qualidade de vida avaliada pela Faceta Geral do WHOQOL-BREF.

Para análise do valor preditivo de cada uma das variáveis, observe-se a Tabela 117. No primeiro bloco emerge com poder preditivo e negativo a depressão ($\beta = -0.35$, $p < 0.01$); no segundo bloco ainda que mais baixo o valor da depressão mantém-se com valor preditivo e negativo ($\beta = -0.21$, $p < 0.01$). Também com poder preditivo e negativo aparecem as Facetas *SP5. Força espiritual* ($\beta = -0.21$, $p < .05$), *SP8. Fé* ($\beta = -0.16$, $p < .05$). Com poder preditivo e positivo advêm as Facetas *SP3. Admiração* ($\beta = 0.22$, $p = .001$), *SP4. Totalidade e integração* ($\beta = 0.14$, $p < .05$) e *SP10. Estilo de vida* ($\beta = 0.24$, $p < .001$).

Tabela 117

Coeficientes de regressão para a percepção global da qualidade de vida

Modelo		B	Beta	t	P
	(Constant)	8.03		120.08	.000
1	Depressão	-0.03	-0.35	-8.36	.000
	(Constant)	5.71		18.08	.000
2	Depressão	-0.02	-0.21	-4.60	.000
	SP1.Ligação a um Ser ou Força espiritual	0.01	0.13	1.56	.120
	SP2.Sentido da vida	0.00	0.04	0.76	.448
	SP3.Admiração	0.02	0.22	3.47	.001
	SP4.Totalidade e integração	0.01	0.14	1.99	.047
	SP5.Força espiritual	-0.01	-0.21	-2.48	.013
	SP6.Paz interior/serenidade/harmonia	0.00	0.04	0.74	.462
	SP7.Esperança e otimismo	-0.00	-0.01	-0.14	.889
	SP8.Fé	-0.01	-0.16	-2.09	.037
	SP9.Relação com os outros	-0.01	-0.01	-1.54	.126
	SP10.Estilo de vida	0.02	0.24	3.81	.000

Legenda. variável dependente: percepção global da qualidade de vida avaliada pela Faceta Geral do WHOQOL-BREF.

Testámos a nossa décima segunda hipótese: *A qualidade de vida espiritual (avaliada pelo WHOQOL-SRPB e as suas 10 facetas) é melhor preditora da percepção global da qualidade de vida do que a personalidade.*

Pretendendo determinar a percentagem da variância da Faceta Geral da qualidade de vida que é atribuível a cada uma das variáveis independentes

(personalidade e facetas do WHOQOL-SRPB) e avaliar o respetivo valor preditivo, definimos um modelo com regressões múltiplas hierárquicas em que as variáveis independentes foram organizadas em blocos, os quais foram introduzidos da seguinte forma: no primeiro bloco inserimos os cinco traços de personalidade; no segundo bloco, acrescentámos as 10 facetas do WHOQOL-SRPB (SP1. *Ligação a um Ser ou Força espiritual*, SP2. *Sentido da vida*, SP3. *Admiração*, SP4. *Totalidade e integração*, SP5. *Força espiritual*, SP6. *Paz interior/serenidade/harmonia*, SP7. *Esperança e otimismo*, SP8. *Fé*, SP9. *Relação com os outros* e SP10. *Estilo de Vida*).

Tendo como variável dependente a Faceta Geral da qualidade de vida (para aferir a perceção global da QdV), observaram-se os resultados genéricos registados na Tabela 118. Verifica-se que o primeiro bloco explica 11% da variância da perceção global da QdV mesmo tendo em consideração a correção deste valor, representado por ΔR^2 , $F(5, 486) = 11.46$, $p < .001$, sendo este valor significativo.

Quando inseridas as variáveis do bloco 2, a variância explicada é de 24% ou 14%, se tivermos em conta a correção deste valor, representado por ΔR^2 , $F(10, 476) = 8.65$, $p < .001$, sendo este valor significativo.

Tabela 118

Sumário da regressão para a perceção global da qualidade de vida

Modelo	R	R ²	Adjusted R ²	ΔR^2	Std. Error of Estimate	F	Sig. F	ΔF	df1	df2	Sig. ΔF
1	.33 ^a	.11	.01	.11	1.071	11.46	.000	11.46	5	486	.000
2	.50 ^b	.24	.22	.14	0.10	10.19	.000	8.65	10	476	.000

Legenda. a. Preditores: (Constant). Abertura à experiência, Neuroticismo, Conscienciosidade e Extroversão.

b. Preditores: (Constant). Abertura à experiência, Neuroticismo, Conscienciosidade, Amabilidade e Extroversão. SP1.*Ligação a um Ser ou Força espiritual*; SP2.*Sentido da vida*; SP3.*Admiração*; SP4.*Totalidade e integração*; SP5.*Força espiritual*; SP6.*Paz Interior/Serenidade/Harmonia*; SP7.*Esperança e otimismo*; SP8.*Fé*; SP9.*Relação com os outros*; e SP10.*Estilo de Vida*.

Variável dependente: perceção global da qualidade de vida avaliada pela Faceta Geral do WHOQOL-BREF.

Para análise do valor preditivo de cada uma das variáveis, observe-se a Tabela 119. No primeiro bloco emerge com poder preditivo e negativo ($\beta = -0.24$, $p < .001$) a extroversão e com poder preditivo positivo a amabilidade ($\beta = 0.01$, $p < .05$); no segundo bloco, a extroversão continua a emergir com poder preditivo e negativo,

ainda que mais baixo do que no anterior bloco ($\beta = -0.11, p < .05$), advindo com poder preditivo e negativo as Facetas SP5. *Força espiritual* ($\beta = -0.25, p < .01$) e SP9. *Relação com os outros* ($\beta = -0.15, p < .05$) e com poder preditivo positivo as Facetas SP3. *Admiração* ($\beta = 0.22, p = .001$), SP4. *Totalidade e integração* ($\beta = 0.18, p < .05$) e SP10. *Estilo de vida* ($\beta = 0.26, p < .001$).

Tabela 119

Coeficientes de regressão para a percepção global da qualidade de vida

Modelo		B	Beta	t	P
0	(Constant)	7.17		11.64	.000
1	Abertura à experiência	0.02	0.07	1.48	.141
	Neuroticismo	0.01	0.02	0.50	.621
	Conscienciosidade	0.01	0.04	0.86	.389
	Extroversão	-0.06	-0.24	-5.43	.000
	Amabilidade	0.02	0.01	1.98	.048
2	(Constant)	5.78		9.50	.000
	Abertura à experiência	0.01	0.02	0.39	.699
	Neuroticismo	-0.00	-0.00	-0.05	.963
	Conscienciosidade	0.00	0.01	0.25	.804
	Extroversão	-0.03	-0.11	-2.34	.019
	Amabilidade	-0.00	-0.01	-0.16	.871
	SP1. Ligação a um Ser ou Força espiritual	0.00	0.01	1.14	.255
	SP2. Sentido da vida	0.00	0.06	0.98	.326
	SP3. Admiração	0.02	0.22	3.21	.001
	SP4. Totalidade e integração	0.01	0.18	2.39	.017
	SP5. Força espiritual	-0.01	-0.25	-2.81	.005
	SP6. Paz interior/serenidade/harmonia	0.00	0.06	0.92	.356
	SP7. Esperança e otimismo	0.00	0.03	0.41	.685
	SP8. Fé	-0.01	-0.14	-1.75	.081
	SP9. Relação com os outros	-0.01	-0.15	-2.25	.025
	SP10. Estilo de vida	0.02	0.26	3.87	.000

Legenda. Variável dependente: percepção global da QdV, avaliada pela Faceta Geral do WHOQOL-BREF.

Testámos a nossa décima terceira hipótese: *A orientação religiosa intrínseca é melhor preditora da qualidade de vida espiritual do que a orientação religiosa extrínseca.*

Pretendendo determinar a percentagem da variância da QdV espiritual – avaliada pelo domínio VI do WHOQOL-100⁵⁴ -, que é atribuível a cada uma das variáveis independentes (orientação religiosa intrínseca, orientação religiosa extrínseca pessoal e orientação religiosa extrínseca social) e avaliar o respetivo valor preditivo, definimos um modelo com regressões múltiplas hierárquicas em que as variáveis independentes foram organizadas em blocos, os quais foram introduzidos da seguinte forma: no primeiro bloco inserimos a orientação religiosa intrínseca; no segundo bloco, acrescentámos a orientação religiosa extrínseca social e pessoal.

Tendo como variável dependente a QdV espiritual – avaliada pelo domínio VI do WHOQOL-100 -, observaram-se os resultados globais registados na Tabela 120. Verifica-se que o primeiro bloco explica 35% da variância da QdV espiritual, mesmo tendo em conta a correção deste valor, representado por ΔR^2 , $F(1, 558) = 304.18$, $p < .001$, sendo este valor significativo.

Quando inseridas as variáveis do bloco 2, a variância explicada é de 37%, ou 20%, se tivermos em conta a correção deste valor representado por ΔR^2 , $F(2, 556) = 110.20$, $p < .001$, sendo este valor significativo.

⁵⁴ Optámos pelo domínio VI – SRPB – do WHOQL-100, e não pelo WHOQOL-SRPB, para avaliar a qualidade de vida espiritual, em virtude de a utilização deste último instrumento de medida implicar um acréscimo de grelhas ao nosso trabalho. De todo o modo, ainda que de forma reduzida, a utilização deste domínio da avaliação da QdV espiritual (previsto pelo WHOQOL-100), permite-nos alcançar os objetivos mais imediatos quais sejam os de mapear a área em causa i.e., de avaliar, numa primeira instância, ainda que sucintamente, o valor preditivo que cada uma das variáveis independentes (orientação religiosa intrínseca, orientação religiosa extrínseca pessoal e orientação religiosa extrínseca social) tem na QdV espiritual, relegando-se para futuros estudos a aplicação e comparação com as Facetas do WHOQOL-SRPB.

Tabela 120

Sumário da regressão para a qualidade de vida espiritual

Modelo	R	R ²	Adjusted R ²	ΔR ²	Std. Error of Estimate	F	Sig. F	ΔF	df1	df2	Sig. ΔF
1	.59a	.35	.35	.35	2.30	304.18	.000	304.18	1	558	.000
2	.61b	.37	.37	.02	2.27	110.20	.000	8.91	2	556	.000

Legenda. aPreditores: (Constant). Orientação religiosa intrínseca.

b. Preditores: (Constant). Orientação religiosa intrínseca, orientação religiosa extrínseca social e orientação religiosa extrínseca pessoal.

Variável dependente: qualidade de vida espiritual - domínio VI-SRPB do WHOQOL-100.

Para análise do valor preditivo de cada uma das variáveis, observe-se a Tabela 121. No primeiro bloco emerge com poder preditivo a orientação religiosa intrínseca ($\beta = .59, p < .001$), sucedendo o mesmo no segundo bloco ($\beta = .61, p < .001$).

Tabela 121

Coeficientes de regressão para a qualidade de vida espiritual

Modelo		B	Beta	t	P
1	(Constant)	9.81		27.20	.000
	Orientação religiosa intrínseca	0.44	0.59	17.44	.000
2	(Constant)	10.99		23.57	.000
	Orientação religiosa intrínseca	0.45	0.61	15.05	.000
	Orientação religiosa extrínseca pessoal	-0.01	-0.01	-0.15	.884
	Orientação religiosa extrínseca social	-0.38	-0.14	-4.19	.000

Legenda. variável dependente: qualidade de vida espiritual - domínio VI-SRPB do WHOQOL-100.

DICUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em conta que a amostra global do nosso estudo ($N = 606$) era constituída em grande parte por profissionais da Educação, dos estudos empíricos anteriores, resultaram um conjunto de conclusões que nos ajudaram a perceber alguma tendência dos resultados obtidos com o nosso estudo.

No entanto, pudemos apurar, com o estudo realizado especificamente com profissionais de Educação, entre outros aspetos: (1) se a tendência verificada se manteve nessa população, ainda assim mais peculiar do que a daqueles estudos; (2) se existiram diferenças nas variáveis em estudo, em função das variáveis sociodemográficas; (3) como se intercorrelacionaram as várias variáveis; e (4) se havia uma propensão para a eficácia preditiva por parte de algumas variáveis, comparativamente a outras.

Com os estudos diferenciais, correlacionais, fatoriais e preditivos, levados efeito com profissionais da Educação, pretendemos, sobretudo, testar as nossas hipóteses de trabalho, no sentido de saber se as confirmamos ou infirmamos.

Por isso, ao longo desta discussão iremos, paulatinamente, fazendo esse balanço, tendo em conta o número de variáveis do nosso estudo.

No final, sistematizaremos as principais conclusões a que chegámos com o nosso estudo com profissionais da Educação.

Estudos diferenciais

Os estudos diferenciais levados a efeito com profissionais da Educação (pessoal docente e não docente) permitiram-nos aferir das diferenças nas variáveis em estudo [QdV, QdV espiritual, depressão, *coping* religioso, espiritualidade como Transcendência, envolvimento religioso, orientação religiosa, suporte social religioso, e personalidade] em função das seguintes variáveis sociodemográficas: pessoal docente e não docente; género; idade; estado civil; nível de escolaridade; autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé; existência de crenças pessoais fortes; presença de doença; e percepção de saúde.

Na discussão dos resultados obtidos com os estudos diferenciais reportar-nos-emos, naturalmente, às diferenças que se revelaram estatisticamente significativas ($p < .05$; $p < .01$; $p < .001$) pelo que, de ora em diante, omitiremos essa referência.

Teremos, ainda, em conta a existência do efeito traduzido no valor η^2 parcial. Embora, em alguns casos, esse valor se tenha apresentado baixo, a sua emergência corroborou a existência de diferenças entre os grupos de indivíduos, às quais não poderemos ser alheios.

Consequentemente, e numa primeira instância, partiremos desses dois pressupostos, ao debruçarmo-nos sobre os resultados obtidos.

Somente numa análise final discutiremos os resultados obtidos tendo em consideração o grau da magnitude do efeito apresentado.

Tínhamos formulado como primeira hipótese de trabalho a seguinte: *Existem diferenças significativas nas variáveis QdV; QdV espiritual; depressão; coping religioso; espiritualidade como Transcendência; envolvimento religioso; orientação religiosa; suporte social religioso; e personalidade em função das variáveis sociodemográficas (pessoal docente e não docente; género; idade; estado civil; nível de escolaridade; autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé; existência de crenças pessoais fortes; presença de doença e perceção de saúde).*

No que respeita à qualidade de vida dos profissionais da Educação, encontrámos diferenças entre o pessoal docente e não docente, com primeiro grupo a apresentar valores mais elevados nos domínios físico, psicológico, ambiente e na Faceta Geral da QdV (recorde-se que esta última avalia a perceção global da qualidade de vida).

Na ausência de estudos que nos permitam enquadrar as diferenças com esse tipo de população, as mesmas poderão ser melhor entendidas se conjugadas em função de outra variável sociodemográfica – o nível de escolaridade – na medida em que, atualmente, se exige para o exercício da função docente como habilitação literária mínima a Licenciatura, sendo que o Mestrado, porque integrado em grande parte dos cursos superiores na Licenciatura, surge como o nível de escolaridade mais provável, caminhando-se até na exigência do mesmo como requisito para o exercício da referida função. Tal não significa todavia que, em alguns casos, os sujeitos do nosso estudo não tivessem um nível educacional abaixo da Licenciatura, designadamente o Bacharelato, ao abrigo de anterior legislação.

Assim, e nesta presunção, pudemos constatar, dos resultados obtidos com o nosso estudo relativamente ao nível de escolaridade, que quanto maior foi o grau Académico apresentado, mais elevado foi o valor estatisticamente significativo nos domínios físico, do ambiente e na Faceta Geral da QdV.

Os resultados ora apresentados vão fundamentalmente no sentido do estudo originário de validação do WHOQOL-SRPB, realizado pelos 15 Centros (WHOQOL-SRPB Group, 2006), existindo aí diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos, em todos os domínios da QdV bem como a nível global, em função do nível de escolaridade. Vai sobretudo na linha do estudo de Panzini et al. (2011) no qual as diferenças que se revelaram estatisticamente significativas em função dessa última variável (nível de escolaridade) verificaram-se na QdV física, do ambiente e da perceção global da QdV, com os indivíduos detentores de maiores habilitações académicas apresentarem valores mais elevados.

Por seu turno, o género masculino foi quem evidenciou valores significativamente mais elevados nos domínios físico, psicológico, ambiente e, ainda, na Faceta Geral da QdV; o grupo de participantes ≤ 45 anos apresentou valores mais elevados nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e na Faceta Geral da QdV; o grupo de não doentes apresentou valores superiores em todos os domínios da QdV – físico, psicológico, das relações sociais e ambiente – bem como na Faceta Geral; o grupo que percecionou a sua saúde como Boa/Muito Boa apresentou índices mais elevados relativamente ao dos restantes grupos, quer em todos os domínios da QdV, quer na Faceta Geral. Estes resultados são, igualmente, consonantes com os estudos do WHOQOL-SRPB (WHOQOL-SRPB, 2006) e de Panzini et al. (2011).

No nosso estudo, o grupo de casados/união de facto apresentou, também, valores significativamente superiores nos domínios psicológico e das relações sociais da QdV.

Por outro lado, o grupo Muito/Extremamente religioso/crente/de fé apresentou valores superiores nos domínios psicológico, das relações sociais bem como na Faceta Geral da QdV, enquanto o grupo Nada/Pouco religioso evidenciou coeficientes mais elevados no domínio do ambiente.

Por sua vez, o grupo com Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes foi quem apresentou índices mais elevados no domínio ambiente.

Não andando arredadas do envolvimento religioso dos indivíduos as crenças, atitudes e auto-perceção dos indivíduos, conforme refere Myers (2014), o mesmo tem, como vimos, implicações ao nível da QdV, bem-estar e saúde dos indivíduos (cf. Javanmard, 2013; Koenig, 2012; Levin, 2013; Mueller et al., 2001).

Em suma, o que os resultados do nosso estudo nos evidenciam é, fundamentalmente, que todas as variáveis sociodemográficas estudadas influenciaram, de alguma forma, a QdV dos seus participantes, indo no sentido de outros estudos (WHOQOL-SRPB Group, 2006; Panzini et al., 2011; Javanmard, 2013; Koenig, 2012; Levin, 2013; Mueller et al., 2001) e confirmando a nossa primeira hipótese, no que à QdV diz respeito.

No que concerne à qualidade de vida espiritual dos profissionais da Educação, da aplicação do domínio VI-SRPB do WHOQOL-100 que avalia, de forma sucinta, a qualidade de vida espiritual, resultou, da recolha e análise de dados do nosso estudo, a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas ao nível das variáveis sociodemográficas autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé e existência de crenças pessoais fortes, com o grupo Muito/Extremamente religioso/crente/de fé e o grupo com Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes a apresentarem valores superiores.

Quanto aos resultados obtidos com a utilização do instrumento de medida que avalia de forma mais ampliada a qualidade de vida espiritual – o WHOQOL-SRPB – e aproveitando para nos pronunciarmos já sobre esses dois últimos aspetos (autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé e existência de crenças pessoais fortes) verificámos, igualmente, que o grupo Muito/Extremamente religioso apresentou valores mais elevados em todas as Facetas da QdV espiritual avaliada pelo WHOQOL-SRPB. Constatámos também que, relativamente às crenças pessoais fortes, o grupo que assinalou ter Muitas/Muitíssimas apresentou um valor superior em todas as Facetas daquele instrumento de medida.

In casu, e à semelhança do que sucedeu na avaliação da qualidade de vida, também se verificaram diferenças, ao nível do WHOQOL-SRPB, entre o pessoal não docente e o pessoal docente, com este último a apresentar, tal como aí, valores mais elevados na perceção da sua qualidade de vida espiritual. As facetas que assumiram ter especial importância para o pessoal docente foram as seguintes: SP2. *Sentido na vida*; SP3. *Admiração*; SP4. *Totalidade e Integração*; SP5. *Força espiritual*; SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia*; SP7. *Esperança e Otimismo*; e SP10. *Estilo de Vida*.

Todavia, contrariamente ao que se verificou na avaliação da QdV, o género feminino foi quem apresentou valores mais elevados em cinco das 10 facetas que avaliam a QdV espiritual, concretamente nas Facetas SP1. *Ligação a um Ser ou Força espiritual*; SP2. *Sentido na vida*; SP5. *Força espiritual*; SP8. *Fé* e SP9. *Relação com os outros*. O género masculino evidenciou um valor superior unicamente na Faceta SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia*.

Ainda comparativamente ao verificado na QdV, da introdução da variável “categorização da idade” resultou que o grupo com uma idade > 45 anos foi quem apresentou um valor estatisticamente significativo e mais elevado, ainda que apenas numa das Facetas do WHOQL-SRPB: a SP5. *Força espiritual*.

Identicamente ao que sucedeu na avaliação da QdV relativamente ao nível de escolaridade, quanto maior foi o grau Académico apresentado, mais elevado foi o valor demonstrado na QdV espiritual, concretamente nas Facetas SP3. *Admiração*, SP4. *Totalidade e Integração*, SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia* e SP10. *Estilo de Vida*. Este último aspeto revela coerência com os resultados obtidos pelo grupo pessoal docente, reforçando a sua análise em conjunto, como dissemos anteriormente.

Também ao nível da QdV espiritual, o grupo de não doentes foi quem apresentou índices mais elevados às Facetas SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia*, SP7. *Esperança e Otimismo* e SP10. *Estilo de Vida*.

Foi, igualmente, nestas três últimas facetas do WHOQOL-SRPB que, relativamente à variável perceção de saúde, o grupo com Boa/Muito Boa se demarcou, com um valor superior.

No que concerne ao estado civil, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Estes resultados, na verdade, são expectáveis tendo em consideração, desde logo, o que temos vindo a verificar i.e., que são as mulheres e os indivíduos com uma idade superior quem se envolve mais a nível religioso (Meuleman & Billiet, 2011; Pew Research Center, 2016) o que, numa primeira abordagem, poderá explicar o facto de serem os mesmos, também, quem possa evidenciar maiores índices de QdV espiritual. Veremos se, na discussão dos resultados dos estudos correlacionais poderemos entender melhor as diferenças evidenciadas.

Os nossos resultados vão ao encontro, sobretudo, dos que foram obtidos no estudo originário do WHOQOL-SRPB Group (2006), ainda que não concordantes entre si quanto às facetas. Apenas uma se revelou comum - a Faceta SP1. *Ligação a um Ser ou Força espiritual* – com as mulheres a apresentarem nessa faceta valores superiores aos dos homens, num e noutro estudos.

A particularidade da nossa investigação reside no facto de os homens terem evidenciado um valor superior ao das mulheres ao nível da Faceta SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia*, situação que não se verificou no estudo originário do WHOQOL-SRPB uma vez que aí os homens não obtiveram pontuações superiores e significativas em quaisquer das facetas desse instrumento de medida (para mais pormenores veja-se WHOQOL-SRPB, 2006).

Também ao nível das diferenças em função do nível de escolaridade, apenas uma faceta é comum ao nosso estudo e ao do WHOQOL-SRPB Group (2006): a Faceta SP3. *Admiração*. Ainda assim, num e noutro estudos, os indivíduos com maior nível educacional foram quem, globalmente, obteve índices superiores nas facetas que avaliam a QdV espiritual.

Os saudáveis diferenciaram-se, relativamente aos doentes, em facetas como a a SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia*, quer no nosso estudo, quer no originário (cf. WHOQOL-SRPB Group, 2006).

Concluindo, coerente com a restante avaliação que os indivíduos fazem sobre a sua qualidade de vida (física, psicológica, das relações sociais e do ambiente) e também da perceção global que têm da mesma, a QdV espiritual revelou diferenças significativas em função das variáveis sociodemográficas em estudo, em consonância com o estudo originário (WHOQOL-SRPB, 2006) e, em alguns casos, com o estudo de Panzini et al. (2011).

Exceciona-se no nosso estudo, o estado civil na medida em que a QdV espiritual não variou em função desta variável sociodemográfica. Não dispomos, todavia, de estudos que nos permitam uma comparação com o nosso.

Ainda assim, dá-se por confirmada parcialmente a nossa primeira hipótese no que à QdV espiritual diz respeito.

No que concerne à depressão, não foram encontradas, no nosso estudo, diferenças estatisticamente significativas ao nível do pessoal docente e não docente, categorização da idade, estado civil, autocaraterização como pessoa religiosa e ao nível das crenças pessoais Fortes.

O género feminino apresentou valores mais elevados em todos os sintomas depressivos (cognitivos, biológicos, interpessoais e de desempenho de tarefa).

Quanto ao nível de escolaridade, o grupo detentor do 3º Ciclo/Ensino Secundário apresentou valores superiores nos sintomas depressivos biológicos.

O grupo de doentes e o grupo que percecionou a sua saúde como Muito má/Má apresentaram valores mais elevados em todos os sintomas depressivos.

Globalmente, os resultados aqui apresentados vão ao encontro da literatura que se debruça sobre a depressão: as diferenças em função das variáveis sociodemográficas existem, essencialmente, em função do género, da doença e da sua gravidade (Vaz Serra, 1994; *World Health Organization*, s.d.), sendo que a variável género, com as mulheres a apresentarem índices mais elevados de depressão, é a mais consensual nos vários estudos (e.g., Shittu et al., 2014; Vaz Serra, 1994; *World Health Organization*, s.d.; *World Health Organization*, 2012).

No que respeita ao nível de escolaridade, como sucede em alguns estudos (e.g., Shittu et al., 2014; *World Health Organization*, 2012), o nosso vai no sentido de evidenciar a existência de depressão em níveis inferiores de escolaridade.

Face aos estudos da OMS (que assumem uma abrangência Mundial), e para um entendimento mais cabal, deveríamos, a nosso ver, ter em consideração, ainda, outras variáveis (e.g., o nível socio-económico dos indivíduos) que possam levar a que a pessoa entre em situação de depressão (cf. Jardim, 2011; *World Health Organization*, s.d.; *World Health Organization*, 2012), para que possamos entender esta problemática de forma mais plena.

Em suma, também no que concerne à depressão parece confirmar-se, ainda que parcialmente, a nossa primeira hipótese.

Para uma apreciação mais abrangente dos resultados obtidos, quer ao nível do *coping* religioso, quer do suporte social religioso, importa ter em consideração (como concluído, inclusivamente, dos anteriores estudos empíricos), os resultados eviden-

ciados também pelo envolvimento religioso, seja este perspetivado de forma estrita (e.g., das suas práticas) ou como motivação i.e., como orientação religiosa. Por isso, no que respeita a estas variáveis, faremos a discussão dos seus resultados de forma conjunta, numa tentativa de perceber pontos convergentes ou dissonantes, apresentando no entanto, prévia e sinteticamente, os resultados obtidos em função das variáveis sociodemográficas estudadas.

Constatámos assim que, relativamente ao *coping* religioso, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito às variáveis estado civil e perceção de saúde.

Quanto às restantes variáveis sociodemográficas: (1) o pessoal não docente apresentou um valor mais elevado ao nível do *coping* religioso negativo; (2) o género feminino evidenciou valores superiores nos dois tipos de *coping*, o positivo e o negativo; (3) o grupo ≤ 45 anos apresentou um índice mais elevado no *coping* religioso negativo; (4) quanto menor foi grau académico indicado, mais elevados foram os valores apresentados no *coping* religioso negativo; (5) o grupo Muito/Extremamente religioso apresentou um valor mais elevado no *coping* religioso positivo; (6) o grupo Moderadamente religioso/crente/de fé apresentou um valor superior no *coping* religioso negativo; (7) o grupo com Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes revelou um índice mais elevado no *coping* religioso positivo; (8) o grupo de doentes apresentou valores superiores nos dois tipos de *coping* religioso, o positivo e o negativo.

No que respeita ao suporte social religioso, das comparações dos grupos ao nível das variáveis pessoal docente e não docente, categorização da idade, estado civil, nível de escolaridade, presença de doença e perceção de saúde, não resultaram diferenças estatisticamente significativas.

O género feminino evidenciou um valor mais elevado no suporte de Deus.

O grupo Muito/Extremamente religioso/crente/de fé, apresentou valores superiores em todas as dimensões do suporte social religioso: suporte de Deus, do líder religioso e dos participantes.

O grupo com Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes apresentou coeficientes mais elevados no suporte de Deus.

No que concerne ao envolvimento religioso, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ao nível do pessoal docente e não docente, idade, estado civil, nível de escolaridade, presença de doença e da perceção de saúde.

O género feminino, o grupo Muito/Extremamente religioso/crente/de fé e o grupo com Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes foram quem apresentou valores mais elevados no envolvimento religioso.

Quanto à orientação religiosa, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que concerne à variável categorização da idade.

Relativamente às restantes variáveis: (1) o pessoal não docente apresentou um valor mais elevado na orientação religiosa extrínseca pessoal; (2) o género feminino demonstrou valores superiores na orientação religiosa intrínseca e extrínseca pessoal; (3) o grupo de casados/união de facto revelou valores mais elevados na orientação religiosa extrínseca pessoal; (4) quanto menor foi o grau académico indicado (concretamente o grupo com um nível de escolaridade < 3º Ciclo) mais elevados emergiram os valores nas distintas dimensões da orientação religiosa (intrínseca, extrínseca pessoal e extrínseca social); (5) o grupo Muito/Extremamente religioso apresentou valores na orientação religiosa intrínseca e extrínseca pessoal; (6) o grupo com Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes apresentou índices mais elevados na orientação religiosa intrínseca; (7) o grupo de doentes apresentou valores superiores na orientação religiosa intrínseca e na orientação extrínseca pessoal; e (8) o grupo que percionou a sua saúde como Nem boa nem má apresentou valores mais elevados na orientação religiosa extrínseca pessoal.

Ressalta dos resultados obtidos nas variáveis *coping* religioso, suporte social religioso, envolvimento religioso e orientação religiosa, em função das variáveis sociodemográficas, que o género feminino foi quem apresentou valores superiores de envolvimento religioso tendo sido, também, quem se orientou para a Religião de forma intrínseca e extrínseca pessoal, recorrendo não só a estratégias de *coping* religioso positivo, mas também negativo e apresentando índices mais elevados do suporte de Deus. Estes resultados coadunam-se com os estudos sobre estas variáveis

(e.g., Ferreira, 2008; Fiala et al., 2002; Bjorck & Maslim, 2011; Lazar & Bjorck, 2008; Linares, 2012; Meuleman & Billitet, 2011; *Pew Research Center*, 2016).

Outros aspetos que parecem relevar na diferenciação daquelas variáveis são a autocaraterização dos indivíduos como Muito/Extremamente religiosos/crentes/de fé e o facto de referirem ter Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes.

Se repararmos bem, estas duas últimas variáveis sociodemográficas demonstraram ser importantes na diferenciação quer da QdV, quer da QdV espiritual, e surgem agora aqui como diferenciadoras das variáveis envolvimento religioso, orientação religiosa, *coping* religioso e suporte social religioso: os indivíduos que afirmaram ser Muito/Extremamente religiosos/crentes/de fé e os que apresentaram Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes foram os que evidenciaram maior envolvimento religioso, sendo os que o fizeram Intrínsecamente. Também ao nível do *coping* religioso, foram os que recorreram ao *coping* positivo, indo no sentido do esperado (e.g., Ferreira, 2008; Koenig, 2012; Pargament et al., 2011).

Curiosamente, o que parece separar um grupo de outro tem a ver com os tipos de suporte social religioso que parecem usufruir mais: enquanto o grupo de indivíduos Muito/Extremamente religiosos/crentes/de fé apresentou índices mais elevados em todos os tipos de suporte (o de Deus, o do líder religioso e o da comunidade religiosa), o grupo com Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes revelou valores superiores ao nível do suporte de Deus.

Os resultados obtidos com os nossos estudos diferenciais apontam no sentido de a orientação religiosa ter uma relação com o tipo de estratégias de *coping* utilizadas (veja-se Koenig, 2012; Pargament et al., 2011): os grupos pessoal não docente; género feminino; pessoas casadas ou vivendo em união de facto; com um nível de escolaridade < 3º Ciclo; e o grupo de doentes demonstraram índices mais elevados ao nível da orientação religiosa extrínseca pessoal e/ou social, sendo também aqueles que evidenciaram recorrer a estratégias de *coping* religioso negativo o qual, como vimos, “reflete uma tensão espiritual subjacente e uma luta, não só interior, como com os outros e com o divino” (Pargament et al., 2011, p. 51).

Se repararmos mais pormenorizadamente, verificamos, ainda, que o género feminino, o grupo de doentes e o grupo com menor escolaridade (< 3º Ciclo) demonstraram, igualmente, índices mais elevados ao nível da orientação religiosa intrínseca

utilizando, talvez por isso também, as estratégias de *coping* religioso positivo (veja-se Koenig, 2012; Pargament et al., 2011), na linha do raciocínio feito anteriormente.

Aquele tipo de *coping* religioso, recordamos aqui, abarca “uma relação firme, segura, com uma força transcendente, um sentido de ligação espiritual com os outros e um ponto de vista benevolente relativamente ao mundo” (Pargament et al., 2011, p. 51).

Contrariamente aos estudos em que nos baseámos (e.g., Koenig, 2012; Meuleman & Billiet, 2011; *Pew Center Research*, 2016; Pargament et al., 2011), na nossa investigação a variável sociodemográfica idade não influenciou nem o envolvimento religioso avaliado pela RS do ASPIRES, nem a orientação religiosa, assim como não se evidenciou com capacidade suficiente (que fosse significativa) para diferenciar o suporte social religioso. Todavia, mostrou-se relevante na diferenciação do *coping* religioso, apresentando os indivíduos com idade ≤ 45 anos valores superiores no *coping* religioso negativo.

Em síntese, os nossos resultados parecem corroborar, globalmente, o apontado por vários estudos (e.g., Ferreira, 2008; Koenig, 2012; Pargament et al., 2011) no que às variáveis envolvimento religioso, orientação religiosa, *coping* religioso e suporte social dizem respeito, com a ressalva descrita.

Verificou-se assim, dos referidos resultados, uma diferenciação em função de algumas das variáveis sociodemográficas em estudo, confirmando-se a nossa primeira hipótese, ainda que parcialmente.

No que se refere à espiritualidade como Transcendência, as diferenças entre os grupos quanto ao estado civil, nível de escolaridade, presença de doença e perceção de saúde não se revelaram estatisticamente significativas.

Quanto às restantes variáveis constatou-se que: (1) o pessoal docente apresentou valores mais elevados ao nível da dimensão *universality*; (2) o género feminino demonstrou índices mais elevados nas dimensões *prayer fulfillment* e *connectedness*; (3) o grupo com idade > 45 anos revelou um valor superior na dimensão *Universality*; (4) o grupo Muito/Extremamente religioso/crente/de fé apresentou valores mais elevados nas dimensões *prayer fulfillment* e *universality*; (5) o grupo Moderadamente

religioso/crente/de fé demonstrou um valor superior na dimensão *connectedness*; e (6) o grupo com Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes apresentou índices mais elevados em todas as dimensões da STS: *prayer fulfillment*, *universality* e *connectedness*.

Sem quaisquer estudos onde nos possamos apoiar, para sustentar a maior parte dos resultados aqui obtidos, podemos todavia verificar que pelo menos um desses resultados aponta no sentido do estudo do autor da escala que avalia a variável espiritualidade como Transcendência (STS). Esse estudo revelou que os indivíduos com idade > 30 anos foram os que apresentaram valores superiores nas dimensões *connectedness* e *universality*. De acordo com Piedmont, estes resultados sustentam a hipótese de que os níveis de Transcendência aumentam com a idade (Piedmont, 1999a).

É interessante verificar, ainda, as evidências demonstradas pelo nosso estudo, que vão no sentido de, também aqui, relevar o facto de os indivíduos que se autocaracterizaram como sendo Muito/Extremamente religiosos/crente/de fé e terem Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes uma vez que foram esses os indivíduos que apresentaram valores superiores nas dimensões da espiritualidade como Transcendência: o primeiro grupo de sujeitos pontuou mais na *prayer fulfillment* e *universality*; o segundo grupo apresentou índices mais elevados em todas as dimensões da STS.

No que respeita à personalidade, das comparações em função da categorização da idade não resultaram diferenças estatisticamente significativas.

Por seu turno, (1) o pessoal docente apresentou um valor elevado na abertura à experiência; (2) o género feminino mostrou valores superiores na conscienciosidade e no neuroticismo; (3) o grupo de separados/divorciados revelou um índice mais elevado na extroversão; (4) o grupo com maior nível de escolaridade demonstrou valores mais elevados na abertura à experiência; (5) o grupo Moderadamente religioso/crente/de fé apresentou um valor superior no neuroticismo; (6) o grupo Muito/Extremamente religioso/crente/de fé evidenciou índices mais elevados na extroversão, amabilidade e na conscienciosidade; (7) o grupo com Nenhumas crenças pessoais fortes revelou valores superiores na amabilidade; (8) o grupo com Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes mostrou coeficientes mais elevados na abertura à

experiência; (9) o grupo de não doentes revelou valores superiores na extroversão, na conscienciosidade e na abertura à experiência; e (10) o grupo com uma percepção de saúde Má/Muito má apresentou índices mais elevados no neuroticismo.

Os resultados do nosso estudo encontram sustentação na literatura que tem evidenciado que, ao nível da variável sociodemográfica género, existem diferenças no que aos traços de personalidade diz respeito. Assim, os vários estudos (e.g., Allik, 2011; Barros de Oliveira, 2002; McCrae et al., 1999; Costa et al., 2001; Lippa, 2010; Schmitt et al., 2008; Schmitt, Long, McPhearson et al., 2016) apontam no sentido de serem as mulheres quem revela possuir o traço conscienciosidade mas, sobretudo, o do neuroticismo.

Note-se que este último traço, por seu turno, tem surgido associado à depressão (veja-se e.g., Alminhana & Moreira-Almeida, 2009; Chapman et al., 2007; Richer et al., 2008). Podemos ver que, do nosso estudo, a variável presença de doença (da qual faz parte, entre outras, a depressão) e a variável percepção de saúde demonstraram ser relevantes na diferenciação dos sujeitos quanto à personalidade.

Desta primeira discussão, infere-se que o nosso estudo parece distanciar-se dos restantes (e.g., McCrae et al. 1999; Golberg et al., 1998; Soto et al., 2011), não evidenciando poder diferenciador suficiente na personalidade. Uma explicação para que tal tenha sucedido poderá estar no facto de a nossa amostra ter sido distribuída por duas classes etárias apenas, com um ponto de corte nos indivíduos com uma idade > 45 anos que não permite aferir da capacidade diferenciadora da referida variável sociodemográfica em conformidade com os já citados estudos. Consequentemente, esta questão carece, no nosso entender, de um maior aprofundamento.

Podemos, assim, inferir que a nossa primeira hipótese, no que respeita à diferenciação da personalidade em função das variáveis sociodemográficas estudadas, se confirmou apenas parcialmente.

Os nossos resultados têm que ser olhados, porém, com alguma cautela uma vez que, embora tenham evidenciado diferenças em função das variáveis sociodemográficas, a magnitude do efeito, na sua globalidade, foi baixa, conforme tivemos ocasião de referir.

De facto, de uma análise mais pormenorizada constatámos que os valores Eta^2 parciais apresentados na diferenciação das nossas variáveis (QdV; QdV espiritual; depressão; *coping* religioso; espiritualidade como Transcendência; envolvimento religioso; orientação religiosa, suporte social religioso e personalidade) evidenciaram-se mais elevados apenas em algumas situações e não em função de todas as variáveis sociodemográficas.

Raramente em acumulação, as variáveis sociodemográficas que demonstraram índices mais elevados de diferenciação das nossas variáveis foram as seguintes: (1) género; (2) nível de escolaridade; (3) a autocaraterização dos indivíduos como pessoas Muito/Extremamente religiosas/crentes/de fé; (4) a existência de Muitas/Muitíssimas crenças pessoais fortes; (5) a presença de doença; e (6) a perceção de saúde.

Questionamo-nos, por isso, se algumas das variáveis sociodemográficas, entre elas o género, serão assim tão relevantes para diferenciar as variáveis do nosso estudo (e.g., a QdV, a QdV espiritual, o envolvimento religioso, a espiritualidade como Transcendência) uma vez que evidenciaram coeficientes Eta^2 parciais mais baixos do que os demonstrados pelas variáveis sociodemográficas acima enumeradas.

Refira-se que, contrariamente ao verificado noutras variáveis, a variável género apresentou, na diferenciação da personalidade, concretamente no traço neuroticismo, um valor na magnitude do efeito de $\eta p^2 = .07$ (que é, como vimos, um valor considerado um valor médio). Contrariamente ao que sucedeu noutras variáveis do nosso estudo, o género evidenciou aí apresentar uma capacidade diferenciadora mais sólida, o que corrobora, inclusive, o que aparece mais comumente demonstrado e aceite na literatura sobre o traço do neuroticismo (e.g., Allik, 2011; Barros de Oliveira, 2002; McCrae et al., 1999; Costa et al., 2001; Lippa, 2010; Schmitt et al., 2008; Schmitt, Long, McPhearson et al., 2016).

Ainda assim, relativamente à variável personalidade, tendo-se verificado, no nosso estudo, uma magnitude do efeito superior ($\eta p^2 = .12$) na sua diferenciação, por parte da variável sociodemográfica presença de doença, teríamos sempre que aferir, para uma melhor compreensão da questão, qual dessas variáveis (género e/ou presença de doença) influenciaria mais aquela.

Podemos, pois, depreender do anteriormente exposto que os nossos estudos diferenciais carecem de um aprofundamento que nos permita perceber melhor a diferenciação apresentada nas variáveis do nosso estudo em função, sobretudo, de algumas das variáveis sociodemográficas, dada a magnitude do efeito que foi evidenciada naquela diferenciação por parte destas últimas.

Estudos correlacionais

Os estudos correlacionais, levados a efeito com profissionais da Educação, permitiram-nos aferir das intercorrelações entre as variáveis em estudo, em concreto: (a) avaliar em que medida o domínio SRPB da qualidade de vida se correlacionava com os restantes domínios da qualidade de vida e com a percepção global da QdV avaliada pela Faceta Geral do WHOQOL-BREF; (b) verificar se, e em que medida, as variáveis de foro eminentemente espiritual e religioso - envolvimento religioso, orientação religiosa (intrínseca e extrínseca), suporte social religioso, *coping* religioso (positivo e negativo) – se encontravam correlacionadas com a qualidade de vida e com a qualidade de vida espiritual; (c) avaliar de que forma a orientação religiosa, o suporte social religioso e o *coping* religioso se associavam ao envolvimento religioso; (d) aferir até que ponto a espiritualidade como Transcendência se correlacionava com a qualidade de vida e com a qualidade de vida espiritual e se a mesma estava associada ao envolvimento religioso, à orientação religiosa (intrínseca e extrínseca), ao suporte social religioso, ao *coping* religioso (positivo e negativo); (e) verificar se, e em que medida, as variáveis depressão e personalidade estavam intercorrelacionadas e, ainda, se as mesmas estavam associadas à Qualidade de vida e à qualidade de vida espiritual; e (f) aferir até que ponto a espiritualidade como Transcendência se correlacionava com a personalidade e se a mesma se apresentava, ou não, como um fator distinto/independente dos cinco traços de personalidade.

A nossa segunda hipótese de trabalho foi formulada da seguinte forma: *O domínio SRPB encontra-se positiva e significativamente associado aos restantes domínios da qualidade de vida e à percepção global da QdV, esta última avaliada pela Faceta Geral do WHOQOL-BREF.*

Esta hipótese veio a confirmar-se porquanto verificou-se, no nosso estudo, que quer o domínio VI-SRPB do WHOQOL-100, quer as 10 facetas do WHOQOL-SRPB se intercorrelacionaram positiva e significativamente com os restantes domínios da QdV e com a percepção global da QdV, avaliada pela Faceta Geral do WHOQOL-BREF, indo ao encontro do estudo originário de validação do WHOQOL-SRPB (WHOQOL-SRPB Group, 2006) e, ainda, dos estudos de O'Connell e Skevington (2010) e de Panzini et al. (2011).

Como terceira hipótese do nosso trabalho tínhamos definido a seguinte: *As variáveis envolvimento religioso, orientação religiosa intrínseca, suporte social religioso e coping religioso positivo encontram-se positiva e significativamente associadas à qualidade de vida e à qualidade de vida espiritual, ao passo que as variáveis orientação religiosa extrínseca e coping religioso negativo o estão negativa e significativamente.*

No que respeita ao *envolvimento religioso* (avaliado pela RS do ASPIRES), o mesmo apresentou-se positiva e significativamente intercorrelacionado com a qualidade de vida, concretamente com a QdV psicológica.

Verificou-se, também, uma correlação positiva e significativa com a qualidade de vida espiritual avaliada quer pelo domínio VI-SRPB do WHOQOL-100, quer pelo WHOQOL-SRPB, neste caso com valores significativamente mais elevados ao nível das Facetas *SP8. Fé, SP1. Ligação a um Ser ou Força espiritual* e *SP5. Força espiritual*.

Estes nossos resultados vão, assim, no sentido esperado, indo ao encontro dos estudos sobre o envolvimento religioso e a QdV (Koenig, 2012; Levin, 2013; Mueller et al., 2001). Quanto à QdV espiritual, não dispomos de estudos que sustentem a nossa hipótese a não ser por maioria de razão, uma vez que a QdV afigura-se como um dos domínios, de pleno direito, a par dos restantes (cf. O'Connell & Skevington, 2010).

No que concerne à *orientação religiosa*, verificámos que a orientação religiosa intrínseca não se intercorrelacionou positiva e significativamente com a qualidade de vida como pensávamos que sucederia, na linha de estudos como o de Koenig (2012).

Tal poderá ter explicação no facto de estarmos perante duas variáveis que se associam mais à qualidade de vida espiritual e, por isso, essa associação aparece mais evidenciada quando se estudam, em simultâneo, as duas variáveis – QdV e QdV espiritual - o que não tem sucedido até aqui, versando os estudos (cf., Koenig, 2012) sobre a sua associação direta com a QdV e/ou com o bem-estar subjetivo.

Veja-se que, ainda assim, no que respeita à orientação religiosa extrínseca pessoal e à orientação religiosa extrínseca social, estas apareceram intercorrelacionadas, de forma negativa e significativa, com a qualidade de vida, concretamente com a QdV física (orientação religiosa extrínseca pessoal e social) e com a QdV do ambiente (orientação religiosa extrínseca pessoal e social) e, ainda, com a percepção global de QdV (orientação religiosa extrínseca pessoal). Essa associação pode ter-se evidenciado em virtude da natureza, distinta, dos dois constructos (orientação religiosa intrínseca e extrínseca), uma vez que os mesmos têm subjacentes duas formas distintas de aproximação à Religião.

Por seu turno, a orientação religiosa intrínseca demonstrou uma associação positiva e significativa com a qualidade de vida espiritual avaliada quer pelo domínio VI-SRPB do WHOQOL-100, quer pelo WHOQOL-SRPB. Os valores mais elevados evidenciados na intercorrelação da orientação religiosa intrínseca com o WHOQOL-SRPB, foram nas Facetas *SP8. Fé, SP1. Ligação a um Ser ou Força espiritual* e *SP9. Relação com os outros*.

Nenhumas das intercorrelações da orientação religiosa extrínseca pessoal com a qualidade de vida espiritual se veio a revelar negativa e as intercorrelações da orientação religiosa extrínseca social com a qualidade de vida espiritual, apesar de negativas, não se revelaram significativas.

A nossa hipótese três confirma-se assim, em relação à orientação religiosa, apenas parcialmente.

O *suporte social religioso*, por sua vez, correlacionou-se positiva e significativamente com a qualidade de vida, em concreto com a QdV psicológica e com a QdV das relações sociais, ambos através de duas das suas dimensões: suporte de Deus e suporte do grupo de participantes/comunidade religiosa.

Também se evidenciou associado, de forma positiva e significativa, à qualidade de vida espiritual, quer esta tenha sido avaliada pelo domínio VI-SRPB do WHOQOL-100, quer através do WHOQOL-SRPB. Todavia, comparativamente ao verificado na sua associação com a QdV, verificou-se uma intercorrelação de todas as dimensões do suporte social religioso com a QdV espiritual sendo que, no caso do WHOQOL-SRPB, essa intercorrelação ocorreu com todas as suas facetas.

Desse modo, a nossa hipótese três encontra-se confirmada no que à variável suporte social religioso diz respeito, indo no sentido dos estudos que versam sobre a mesma e da sua relação, designadamente, com a satisfação com a Vida, o bem-estar psicológico, a saúde mental e a QdV (e.g., Bjorck & Maslim, 2011; Cohen et al., 2009; Fiala et al., 2002; Koenig 2005, 2012; Ladd & McIntosh, 2008; Lazar & Bjorck, 2008; Pérez et al., 2011).

No que se refere ao *coping* religioso, constatámos, contrariamente ao esperado, que o *coping* religioso positivo não se revelou significativamente associado à qualidade de vida. De facto, não apareceu significativamente intercorrelacionado, nem positiva, nem negativamente, com quaisquer dos seus domínios ou com a perceção global da QdV que a sua Faceta Geral avalia.

Verificámos que, em contrapartida, o *coping* religioso negativo encontrou-se intercorrelacionado com a QdV (em todos os seus domínios e Faceta Geral) de forma negativa e significativa.

No que à qualidade de vida espiritual diz respeito, o *coping* religioso positivo evidenciou uma associação positiva e significativa com a mesma, quer ela tivesse sido avaliada pelo domínio VI-SRPB do WHOQOL-100, quer através do WHOQOL-SRPB (correlacionando-se, neste caso, com todas as suas facetas). Já quanto ao *coping* religioso negativo, o mesmo apareceu associado significativa e negativamente com a QdV espiritual avaliada quer pelo domínio VI-SRPB do WHOQOL-100, quer pelo WHOQOL-SRPB. Neste último caso, as correlações revelaram-se significativas apenas com as Facetas SP2. *Sentida da Vida*, SP3. *Admiração*, SP4. *Totalidade e Integração*, SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia* e SP7. *Esperança e Otimismo*.

Ainda que os estudos em que nos baseámos (e.g., Panzini & Bandeira, 2007; Pargament et al., 2011) apontassem para uma associação positiva do *coping* religioso positivo, entre outros aspetos, com a QdV, a nossa hipótese ficou infirmada, nessa parte.

Refletindo sobre o sucedido, pensamos não poder afastar-se essa associação entre o *coping* religioso positivo e a QdV.

Desde logo, porque a revisão da literatura constante, por exemplo, do estudo de Pargament et al. (2011), evidencia essa relação.

Por outro lado, em virtude de nenhum dos estudos (incluindo o de validação do WHOQOL-SRPB para o Brasil) ter estudado as variáveis QdV e QdV espiritual em simultâneo com o *coping* religioso. Ora, cremos que os resultados obtidos com a nossa investigação possam, de alguma forma, ter essa explicação, na linha do sucedido com a orientação religiosa intrínseca, considerando-se a possibilidade de, também, o constructo do *coping* religioso positivo se apresentar mais intercorrelacionado com a QdV espiritual do que com os restantes domínios da QdV (físico, psicológico, das relações sociais e do ambiente) quando estão em jogo as duas variáveis – QdV e QdV espiritual - em simultâneo.

Essa inferência resulta ainda, *a contrario*, pelos resultados obtidos ao nível do *coping* religioso negativo, quer na QdV, quer na QdV espiritual, dada a natureza desse constructo. O *coping* religioso negativo assenta, como vimos, não numa relação firme e segura com o Divino e com os outros, mas numa tensão constante. Talvez por isso apresente repercussões de uma forma direta para a qualidade de vida dos Indivíduos, em todos os domínios do WHOQOL-BREF, conforme se verificou no nosso estudo.

Acresce que, intercorrelacionando-se o *coping* religioso positivo com a QdV espiritual, e constituindo esta um domínio daquela (cf. O'Connell & Skevington, 2010), podemos deduzir que aquele constructo associa-se à QdV sim, mas isso sucede exclusivamente através do seu domínio SRPB.

Sucedo que tendo a nossa hipótese três sido formulada no pressuposto da existência de uma associação direta do *coping* religioso positivo com a QdV (aferida pelos domínios do WHOQOL-BREF – físico, psicológico, relações sociais e ambiente - e pela sua Faceta Geral), a mesma veio a confirmar-se apenas parcialmente, também no que à variável *coping* religioso diz respeito.

Em suma, e em jeito de balanço global, a nossa hipótese três confirmou-se apenas parcialmente.

Tínhamos formulado como quarta hipótese do nosso trabalho, a seguinte: *As variáveis orientação religiosa, suporte social religioso e coping religioso estão associadas positiva e significativamente ao envolvimento religioso.*

Pudemos verificar dos resultados obtidos com o nosso estudo que, quer a *orientação religiosa* intrínseca, quer a extrínseca pessoal, se apresentaram associadas de forma positiva e significativa ao envolvimento religioso.

Também o *suporte social religioso*, em todas as suas dimensões, se encontrou intercorrelacionado, positiva e significativamente, com o envolvimento religioso.

Quanto ao *coping* religioso, o mesmo revelou uma intercorrelação positiva e significativa com o envolvimento religioso, mas somente através de uma das suas dimensões: o *coping* religioso positivo.

A nossa hipótese quatro confirma-se, assim, parcialmente, encontrando sustentação teórica em estudos relativos à orientação religiosa (e.g., Ferreira, 2008; Linares, 2012), sobre o suporte social religioso (e.g., George et al., 2004; Koenig, 2012; Krause, 2006; Moxey et al., 2011) e, ainda, sobre o *coping* religioso (e.g., Panzini & Bandeira, 2007; Pargament et al., 2011).

A nossa quinta hipótese foi formulada nestes termos: *A espiritualidade como Transcendência encontra-se positiva e significativamente associada à qualidade de vida e à qualidade de vida espiritual.*

Dos resultados obtidos, verificou-se que a espiritualidade como Transcendência se correlacionou positiva e significativamente quer com a qualidade de vida, quer com a QdV espiritual.

Essa associação com a QdV verificou-se entre as dimensões *prayer fulfillment* e *universality* e a QdV psicológica.

Ao nível da qualidade de vida espiritual, por seu turno, a referida associação evidenciou-se quer aquela tivesse sido avaliada pelo domínio VI-SRPB do WHOQOL-100, quer através do WHOQOL-SRPB intercorrelacionando-se, neste caso, com todas as suas facetas, com exceção da Faceta SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia*. Com esta faceta, a intercorrelação, embora positiva, não se revelou significativa.

Confirma-se assim a nossa hipótese cinco, estando a mesma ancorada, na falta de estudos sobre a QdV espiritual e a sua relação com a espiritualidade como Transcendência, no estudo de Piedmont (2007) que versa sobre a relação entre esse constructo e a QdV.

Como sexta hipótese tínhamos apresentado a seguinte: *A espiritualidade como Transcendência encontra-se positiva e significativamente associada ao envolvimento religioso, à orientação religiosa, ao suporte social religioso e ao coping religioso positivo, ao passo que a variável coping religioso negativo está-lhe negativa e significativamente associada.*

No que respeita ao *envolvimento religioso*, a espiritualidade como Transcendência associou-se positiva e significativamente através de duas das suas dimensões: a *prayer fulfillment* e a *universality*.

No que concerne à *orientação religiosa intrínseca* e à *orientação religiosa extrínseca pessoal*, a associação surgiu através de todas as dimensões da espiritualidade como Transcendência (*prayer fulfillment*, *universality* e *connectedness*), de forma positiva e significativa.

Quanto ao *suporte social religioso*, a *prayer fulfillment* e a *universality* apareceram correlacionadas positiva e significativamente com todas as dimensões do suporte social religioso, enquanto a *connectedness* se correlacionou apenas com o suporte de Deus, embora também de forma positiva e significativa.

Relativamente ao *coping* religioso, a espiritualidade como Transcendência associou-se positiva e significativamente em todas as suas dimensões apenas com o *coping* religioso positivo.

Nenhuma das intercorrelações entre a espiritualidade como Transcendência e o *coping* religioso negativo e com a orientação religiosa extrínseca social se revelou estatisticamente significativa.

Em consequência, a nossa hipótese seis dá-se por confirmada apenas parcialmente.

Formulámos a nossa sétima hipótese de trabalho da seguinte forma: *A depressão encontra-se negativa e significativamente associada à qualidade de vida e à qualidade de vida espiritual.*

Verificámos, dos resultados do nosso estudo, que a associação da depressão com a qualidade de vida e com a qualidade de vida espiritual demonstrou ser negativa e significativa, sendo consentâneos com os vários estudos que vão nesse sentido (e.g., Koenig, 2012; Panzini et al., 2011) confirmando-se, assim, a nossa hipótese sete.

A nossa oitava hipótese de trabalho foi articulada do seguinte modo: *Todos os traços de personalidade encontram-se positiva e significativamente associados à qualidade de vida e à qualidade de vida espiritual, com exceção do neuroticismo que se lhes associa de forma significativa mas negativa.*

Os resultados do nosso estudo evidenciaram, justamente, uma intercorrelação positiva e significativa dos traços de personalidade com a qualidade de vida e com a qualidade de vida espiritual, excepcionando-se a que se verificou com o neuroticismo, a qual se demonstrou negativa e significativa.

Deste modo, a nossa hipótese nove ficou confirmada, tendo a nossa investigação enquadramento noutros estudos (e.g., Alminhana & Moreira-Almeida, 2009; Klein et al., 2011).

Tínhamos enunciado a nossa nona hipótese desta forma: *O neuroticismo está significativa e positivamente associado à depressão enquanto os restantes traços de personalidade o estão significativa e negativamente.*

Verificou-se, dos resultados do nosso estudo, a existência de uma associação positiva e significativa entre a depressão e o neuroticismo e uma associação negativa e significativa com os restantes traços de personalidade [extroversão, amabilidade, conscienciosidade e abertura à experiência], confirmando a nossa hipótese nove.

O nosso estudo vai no sentido do que vem sendo evidenciado por vários estudos (veja-se revisão feita por Alminhana & Moreira-Almeida, 2009).

A nossa décima hipótese de trabalho foi formulada do seguinte modo: *A espiritualidade como Transcendência encontra-se positiva e significativamente associada a todos os traços de personalidade e apresenta-se, além do mais, como um fator distinto/independente dos cinco traços de personalidade.*

Os resultados do nosso estudo não evidenciaram uma intercorrelação positiva e significativa da espiritualidade como Transcendência com todos os traços de personalidade uma vez que a *prayer fulfillment* intercorrelacionou-se dessa forma apenas com a extroversão, a amabilidade e a conscienciosidade; a *universality*

unicamente com a amabilidade, conscienciosidade e abertura à experiência e a *connectedness* com a amabilidade, conscienciosidade e neuroticismo.

Deste modo, a primeira parte da nossa décima hipótese, confirmou-se apenas parcialmente pois as restantes intercorrelações verificadas entre a STS e o BFI, embora positivas, não se revelaram positivas. O nosso estudo vai, genericamente, no sentido do estudo de Piedmont (1999a, 1999b).

Estudos fatoriais

Os estudos fatoriais desenvolvidos com profissionais da Educação permitiram-nos aferir se a espiritualidade como Transcendência se apresentava, ou não, como um fator distinto/independente dos cinco traços de personalidade.

Formulámos, como vimos, a segunda parte da nossa décima hipótese, afirmando que *a espiritualidade como Transcendência apresenta-se como um fator distinto/independente dos cinco traços de personalidade.*

Dos dois estudos fatoriais que realizámos, resultaram evidências dessa afirmação, confirmando-se assim a nossa hipótese no que a esse aspeto diz respeito.

Esses estudos, ainda que meramente exploratórios, vão no sentido do que vem sendo preconizado por Piedmont e demonstrado por vários estudos que assumem já uma vertente cultural (cf., Alminhana & Moreira-Almeida, 2009; Dy-Liaco et al., 2005, 2007; Parker & Piedmont, 2005; Piedmont & Leach, 2002; Rican & Janosova, 2010) i.e., que a espiritualidade como Transcendência apresenta-se, a par e de forma distinta, dos cinco traços de personalidade, por outras palavras, como um sexto fator da personalidade.

Estudos preditivos

Os estudos preditivos conduzidos com profissionais da Educação permitiram-nos: (1) verificar se a qualidade de vida espiritual apresentava uma eficácia preditiva da perceção global da QdV maior ou menor do que as variáveis personalidade e depressão; e (2) aferir se a orientação religiosa intrínseca demonstrava ser, ou não, melhor preditora da qualidade de vida espiritual do que a orientação religiosa extrínseca (pessoal e social).

Enunciámos a décima primeira hipótese da nossa investigação da seguinte forma: *A qualidade de vida espiritual apresenta uma eficácia preditiva da percepção global da QdV maior do que a depressão.*

Os resultados do nosso estudo demonstraram que, relativamente à percepção global da QdV, avaliada pela Faceta Geral do WHOQL-BREF, a eficácia preditiva demonstrada pela qualidade de vida espiritual (avaliada, como vimos, pela versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB) foi maior do que a da depressão. Consequentemente, confirmou-se a nossa hipótese onze.

A nossa hipótese décima segunda foi definida da seguinte forma: *A qualidade de vida espiritual é melhor preditora da percepção global da QdV do que a personalidade.* Os resultados do nosso estudo demonstraram uma eficácia preditiva da qualidade de vida espiritual (avaliada, como vimos, pela versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB) em relação à percepção global da qualidade de vida, a qual foi maior do que a da personalidade, confirmando-se a nossa hipótese doze.

Formulámos uma última hipótese, a décima terceira, do seguinte modo: *A orientação religiosa intrínseca é melhor preditora da qualidade de vida espiritual do que a orientação religiosa extrínseca.* Dos resultados do nosso estudo emergiu um valor preditivo por parte da orientação religiosa intrínseca que se revelou superior ao demonstrado pelas demais dimensões que incorporam aquela variável (a orientação religiosa extrínseca pessoal e a orientação religiosa extrínseca social), relativamente à qualidade de vida espiritual avaliada pelo domínio VI-SRPB do WHOQOL-100.

Confirmou-se, assim, a nossa hipótese treze.

Conclusão

Pudemos concluir, do nosso estudo com profissionais da Educação, que das treze hipóteses formuladas, sete confirmaram-se inteiramente e as restantes confirmaram-se parcialmente.

Ainda que tenham resultado evidências que as variáveis em estudo – QdV; QdV espiritual; depressão; *coping* religioso; espiritualidade como Transcendência; envolvimento religioso; orientação religiosa; suporte social religioso; e personalidade – se encontram sujeitas a oscilações em função das variáveis sociodemográficas em estudo, certo é que ganharam especial destaque unicamente algumas dessas variáveis sociodemográficas, dada a magnitude do efeito apresentada na diferença entre os vários grupos, em função das mesmas.

Constatámos que, se para variáveis como a QdV, a depressão e a personalidade, as variáveis sociodemográficas presença de doença e percepção de saúde apresentaram uma capacidade diferenciadora maior do que a das restantes, já quanto à QdV espiritual; ao *coping* religioso; à espiritualidade como Transcendência; ao envolvimento religioso; à orientação religiosa; ao suporte social religioso pesou o facto de os indivíduos se autocaraterizarem como Muito/Extremamente religiosos e, em alguns casos, declararem ter Muitas/Muitíssimas crenças pessoais.

Compreende-se que assim seja na medida em que vieram a confirmar-se as nossas hipóteses relativas à intercorrelação destas últimas variáveis, dentro do expectável, dada a sua natureza eminentemente espiritual e religiosa.

A magnitude do efeito apresentada na diferenciação dos grupos em função das referidas variáveis sociodemográficas, com valores elevados a muito elevados, fizeram-nos refletir sobre o papel desempenhado, por exemplo, pelo género, concluindo que o mesmo poderá não ter um papel muito importante na diferenciação de algumas variáveis, quando concorre com aquelas. Ainda assim, entendemos ser necessário aprofundar melhor a questão.

O nosso estudo reforça, por outro lado, que a saúde é um conceito que está presente também na QdV espiritual, na linha do preconizado para o conceito de QdV, pela OMS. De facto, pudemos constatar que a diferenciação entre grupos, em função da variável presença de doença, revelou um tamanho do efeito com valores elevados em três das facetas da versão Portuguesa Europeia do WHOQOL-SRPB, entre os quais

o que se verificou numa das suas Facetas específicas - a SP10. *Estilo de Vida* - que surgiu como importante para os Portugueses participantes no nosso estudo.

Duas não associações entre variáveis surpreenderam-nos, comparativamente à literatura em que nos apoiámos. Foram elas: a não associação positiva e significativa do *coping* religioso positivo e da orientação religiosa intrínseca com a QdV. Reflectindo sobre o assunto encontrámos uma explicação no facto de essas duas variáveis se associarem, provavelmente, mais à QdV espiritual do que aos restantes domínios da QdV e à sua Faceta Geral, quando são estudadas em simultâneo a QdV (avaliada pelo WHOQOL-BREF) e a QdV espiritual (avaliada pelo domínio VI-SRPB ou pelo WHOQOL-SRPB). A verificar-se esta nossa inferência, a mesma reforçará o preconizado por O'Connell & Skevington (2010): que o domínio SRPB (ou QdV espiritual), apresenta uma especificidade e, como tal, uma independência relativamente aos restantes domínios da QdV. Consequentemente, é um constructo que não pode ser confundido com esses domínios, designadamente com o domínio psicológico.

A firmar essa especificidade da QdV espiritual, relativamente à QdV, veja-se o resultado evidenciado pelo nosso estudo relativamente à sua eficácia preditiva na percepção global da QdV avaliada pela Faceta Geral do WHOQOL-BREF. Essa eficácia foi superior à apresentada pela depressão e pela personalidade o que, no nosso entender, abona, ainda mais, a favor da solidez do constructo da QdV espiritual e à sua relação com a QdV.

Dos resultados do nosso estudo pudemos verificar que, embora não tivesse existido uma associação positiva e significativa do *coping* religioso positivo e da orientação religiosa intrínseca com a QdV, o facto é que existiu uma intercorrelação negativa e significativa com as outras dimensões das variáveis *coping* religioso e orientação religiosa, respetivamente, com o *coping* religioso negativo e com a *orientação* religiosa extrínseca.

Concluimos, assim, que todas as nossas variáveis estiveram de alguma forma associadas à QdV: positiva e significativamente a QdV espiritual, a espiritualidade

como Transcendência, o envolvimento religioso, o suporte social religioso e os seguintes traços de personalidade: extroversão, amabilidade, conscienciosidade e abertura à experiência; negativa e significativamente, a depressão, o *coping* religioso negativo, a orientação religiosa extrínseca e o traço de personalidade neuroticismo.

Ainda relativamente às variáveis *coping* religioso e orientação religiosa, verificámos, dos resultados obtidos com o nosso estudo, que quem se envolve religiosamente, e o faz de forma íntinseca, é também quem recorre às estratégias de *coping* religioso positivo, com benefícios para a *sua* QdV espiritual, uma vez que esta se encontra intercorrelacionada positiva e significativamente com aquelas variáveis. Por outro lado, como vimos, a QdV espiritual encontra-se negativa e significativamente associada à depressão e ao neuroticismo.

Esta constatação leva-nos, igualmente, a concluir, dentro do raciocínio anteriormente explanado que, na verdade, o que o nosso estudo veio evidenciar é que a associação negativa à QdV se reduz fundamentalmente à depressão e ao neuroticismo, dado o contributo que a QdV espiritual pareceu dar à percepção global da QdV dos indivíduos da nossa amostra.

A dimensão espiritual do ser humano apareceu, desta forma, realçada no nosso estudo com reflexos quer para a saúde, quer para a QdV dos indivíduos.

Sai, ainda, reforçada a importância da referida dimensão do ser humano pelas evidências, ainda que ténues, demonstradas pela variável espiritualidade como Transcendência relativamente à personalidade, a qual indicou que a mesma se distingue dos restantes traços de personalidade.

Embora o nosso estudo com profissionais da Educação não esteja isento de limitações como sejam as relativas à nossa amostra (de conveniência), o facto de se tratar de um estudo meramente exploratório, o mesmo revelou, todavia, aspetos como os anteriormente descritos que deverão ser tidos em consideração em futuros estudos com profissionais da Educação, respeitantes à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais dessa população.

CONCLUSÃO FINAL

O facto de termos utilizado a nossa amostra total ($N = 606$) no estudo dos Instrumentos de medida e uma amostra específica com profissionais da Educação ($n = 416$) no estudo que versa sobre estes profissionais permite-nos comparar, com a necessária precaução, alguns dos resultados obtidos com uma e outra amostra, pelo menos no que respeita à tendência demonstrada em ambos os estudos.

Com a devida cautela, podemos afirmar que os referidos estudos convergiram, desde logo, no sentido de evidenciarem a importância que a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais parecem ter na vida dos indivíduos Portugueses participantes nesses estudos, quando associadas à *sua* qualidade de vida.

Não deixa de ser curioso que assim seja porquanto, comparativamente, vemos que as duas amostras dos nossos estudos, em termos percentuais, divergiram entre si, em muitas das situações.

Os profissionais da Educação apresentaram, percentualmente, valores superiores em relação à nossa amostra total: (1) ao nível no Bacharelato/Licenciatura; Mestrado/Doutoramento; (2) no grupo de casados e/ou vivendo em união de facto; (3) ao nível da empregabilidade; (4) na afiliação religiosa (com um valor superior de Católicos) mas, igualmente, no grupo com nenhuma Religião; e (5) na autocaraterização como pessoa Nada/Pouco e Moderamente religiosa/crente/de fé.

Em contrapartida, os coeficientes demonstrados, em percentagem, por aqueles profissionais, foram inferiores relativamente àquela amostra global, no que respeita: (1) à afiliação religiosa, na parte respeitante a indivíduos da Religião Hindu; (2) à autocaraterização como pessoa Muito/Extremamente religiosa/crente/de fé; (3) no recurso a serviços religiosos; (4) à pertença a uma comunidade religiosa; (5) a crenças espirituais; e (6) a crenças pessoais fortes.

Ainda assim, pudemos concluir do estudo com profissionais da Educação que a dimensão espiritual se evidenciou, com reflexos para a QdV dos participantes do nosso estudo, tendo as variáveis sociodemográficas *autocaraterização como pessoa religiosa/crente/de fé* e *presença de crenças pessoais* evidenciado uma capacidade diferenciadora maior do que a das restantes variáveis sociodemográficas, com os indivíduos *Muito/Extremamente religiosos/crentes/de fé* e com *Muitas/Muitíssimas*

crenças pessoais fortes a apresentarem índices mais elevados de QdV espiritual, com ganhos para a *sua* QdV na medida em que aquela constitui um domínio desta.

Em jeito de conclusões finais, dos estudos que desenvolvemos, podemos retirar, essencialmente, as seguintes: os indivíduos que professam uma Religião e que se envolvem nela intrinsecamente são os que demonstram auferir maiores índices de QdV espiritual e, como tal, de QdV. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos nessas áreas (e.g., Ferreira, 2008; Koenig 2005, 2012; Koenig et al. 2012; O'Connell & Skevington, 2010; Panzini et al., 2011).

Esses mesmos sujeitos são, também, os que percebem maior suporte social religioso, sobretudo no que respeita ao suporte de Deus (cf. Fiala et al., 2002; Lazar & Bjorck, 2008; Bjorck & Maslim, 2011), estabelecendo com Ele uma relação firme e segura que lhes permite processar cognitivamente os eventos *stressantes*, adversos e trágicos das suas vidas, adotando, em consonância, estratégias positivas ao nível do *coping* (cf. Ladd & McIntosh, 2008; Koenig, 2012; Pargament et al., 2011).

São, ainda, quem evidencia maiores coeficientes de amabilidade e de abertura à experiência, na linha de outros estudos (cf. Alminhana & Moreira-Almeida, 2009; Klein et al., 2011).

Concretamente no nosso estudo com profissionais da Educação, outros aspetos foram relevantes: a QdV e a QdV espiritual apresentaram-se negativamente associadas à depressão e ao neuroticismo, estando estes correlacionados, entre si, positiva e significativamente, na linha de outros estudos (e.g., Alminhana & Moreira-Almeida, 2009; Klein et al., 2011). Em contrapartida, e no sentido dos referidos estudos, os restantes traços de personalidade evidenciaram uma intercorrelação positiva com a QdV e com a QdV espiritual.

A QdV espiritual associou-se, como vimos, positiva e significativamente com a QdV (tal como nos estudos de O'Connell & Skevington, 2010; Panzini et al., 2011; WHOQOL-SRPB, 2006) revelando, também, relativamente à percepção global da QdV, avaliada pela Faceta Geral do WHOQL-BREF, uma eficácia preditiva maior do que a personalidade e do que a depressão.

Por seu turno, a espiritualidade como Transcendência, apresentou-se como um fator independente dos cinco traços de personalidade, indo, assim, no mesmo sentido de outros estudos (Dy-Liaco et al., 2005; Piedmont, 1999a, 1999b, 2001, 2004;

Piedmont & Leach, 2002; Rican & Janosova, 2010). Além disso, apareceu positivamente associada ao envolvimento religioso; à orientação religiosa intrínseca; ao suporte social religioso; ao *coping* religioso positivo; à QdV espiritual; e à QdV Psicológica.

Se durante muito tempo, como referem Pargament e Cummings (2010), a Religião foi perspectivada mais como um fenómeno coletivo, e considerada sobretudo como uma fonte de doenças patológicas (tendo, por isso, vindo a ser negligenciada ou relegada para um plano inferior ao nível da investigação científica), o facto é que o avanço nos estudos, ao longo dos últimos 20 anos, tem evidenciado que assim não é, muito pelo contrário.

Segundo Pargament e Cummings (2010), o que aqueles estudos têm vindo a demonstrar é que, através da vivência e expressão da sua espiritualidade (sobretudo através da Religião), os indivíduos dão sentido às suas vidas, processam melhor os acontecimentos desfavoráveis e *stressantes* revelando, *inclusive*, índices mais elevados de resiliência. Desenvolvem, ainda, entre outros aspetos, emoções positivas nomeadamente ao transformar os eventos maus, que lhes ocorrem, em algo proveitoso e transformador das suas vidas. Consequentemente, obtêm maiores índices de bem-estar psicológico e apresentam maior saúde mental (no mesmo sentido, veja-se Bandura, 2003; Frankl, trad. 2016; Koenig, 2012; Seligman, 2008).

Se considerarmos que o grande “mal” do século é a depressão, e que esta tem vindo a subir no *ranking* das doenças incapacitantes, prevendo-se, como se disse anteriormente, que a mesma venha a atingir o primeiro patamar em 2030 (WHO, 2008), ganham toda a pertinência os estudos que se venham a desenvolver tendo como temáticas a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais, estas últimas associadas, muitas vezes, a crenças religiosas e espirituais (sobretudo quando se professa um credo religioso) como ficou evidenciado, fortemente, no estudo qualitativo com grupos focais para a validação da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB (veja-se Costa Catré et al., 2014).

Nesse sentido, Koenig (2012) defende, veemente, a integração da Religião e da espiritualidade na prática clínica. Justifica esta sua posição, por um lado, por uma questão racional (evidenciada nas centenas de estudos em que se apoiou para o efeito) e, por outro, porque a pessoa é um todo: *corpo, mente e espírito*.

Coerentemente, deve tratar-se da pessoa como o todo que ela é, já que fica amplamente demonstrado nos estudos que foram sendo realizados, ao longo dos anos, que a crença do ser humano em algo mais, que transcende a pessoa, bem como o seu envolvimento a nível espiritual ou religioso, têm reflexos para o seu bem-estar e para a sua qualidade de vida (Koenig, 2012).

Constatando nós que as questões relativas à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais foram revelantes para os profissionais da Educação, participantes do nosso estudo, e tendo em conta que o exercício da sua profissão, particularmente dos docentes (evidenciados pelos estudos já amplamente mencionados) comporta riscos para a saúde dos indivíduos que as exercem, pelos altos níveis de *stress* que aquela imprime aos mesmos (e.g., Pinto, 2000; Pocinho & Perestrelo, 2011), percebemos o quanto foi importante a realização deste nosso estudo e o contributo que o mesmo deu a nível científico.

Como citado anteriormente, afirma Seco (2000, p. 401), a propósito dos docentes, que “é tempo dos esforços das reformas e das estratégias educativas pensarem e estimularem as múltiplas dimensões pessoais do ato de ensinar e de aprender, sob pena de se ignorar um dos fatores estruturantes da profissão docente: o sujeito que nela habita.”

Julgamos que, apesar da escassez de estudos sobre o pessoal não docente, nas referidas múltiplas dimensões pessoais do ato de ensinar e de aprender também se poderiam incluir, com toda a propriedade, as respeitantes a esse grupo profissional, o qual abrange um conjunto de recursos humanos diversificado (assistentes operacionais, pessoal técnico administrativo, psicólogos, terapeutas etc.).

À semelhança do preconizado por Koenig (2012), salientamos o que temos vindo a defender, e que agora sai reforçado com os nossos estudos, que nas dimensões pessoais de uns e de outros (pessoal docente e não docente) deverá incluir-se a dimensão espiritual na medida em que a *grandeza* do ser humano é multidimensional: *biopsicosocioespiritual*.

Como fomos salientando das nossas inferências, relativamente aos vários estudos realizados, os mesmos carecem de um aprofundamento, em virtude de se tratar de estudos exploratórios e de terem como condicionalismo, entre outros

aspectos já referidos, uma amostra de conveniência e o facto de alguns grupos se apresentarem com um número reduzido de indivíduos.

Sobretudo no que respeita ao nosso estudo com profissionais da Educação, seria importante compreender melhor, por exemplo, a capacidade diferenciadora de algumas variáveis sociodemográficas (e.g., género, presença de doença) em variáveis como a personalidade e a QdV, quando controladas outras que, na sua diferenciação, tenham apresentado uma magnitude do efeito mais elevada; perceber se a eficácia preditiva que algumas variáveis apresentaram no nosso estudo (e.g., a orientação religiosa intrínseca relativamente à QdV espiritual) se manterá quando concorrerem com outras (e.g., com o *coping* religioso ou com o suporte social religioso); se numa Análise Fatorial Confirmatória (AFC) a espiritualidade como Transcendência continua a demarcar-se dos cinco fatores da personalidade, entre outros estudos que possam vir a ser desenvolvidos no sentido de um maior aprofundamento deste trabalho.

Em suma, entendemos ser necessário dar uma continuidade à nossa linha investigativa, no sentido de se poder aferir, entre outros aspetos, se os nossos resultados se confirmam noutros estudos que venham a ser realizados.

Referências

A

- Allik, J. (2012). National differences in personality. *Personality and Individual Differences, 53*(2), 114–117. doi.org/10.1016/j.paid.2011.05.011
- Almeida, D., Santos, M. A., & Costa, A. F. (2010, outubro). Aplicação do Coeficiente Alfa de Cronbach nos resultados de um questionário de Avaliação de Desempenho de Saúde Pública. XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção, São Paulo, Brasil. Retirado de <https://goo.gl/RKlfcS>
- Alminhana, L. O., & Moreira-Almeida, A. (2009). Personalidade e religiosidade/espiritualidade (R/E). *Revista de Psiquiatria Clínica, 36*(4), 153-61.
- Alport, G., & Ross, M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology, 5*(4), 432-443.
- Angerami-Camon, V. (2002). O papel da espiritualidade na prática clínica. In: V. Angerami-Camon (Org.), *Novos rumos na Psicologia da saúde*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Aranda, M. (2008). Relationship between Religious Involvement and Psychological Well-being: a social justice perspective. *Health Social Work, 33* (1), pp. 9-21.
- Arena, R., & Festré, A. (2006). *Knowledge, Beliefs and Economics*. Massachusetts: Edward Elgar Publishing.
- Arendt, H. (1995). *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Armi, B. F., Guilley, E., & D' Epinay, J. (2008). The interface between formal and informal support in advanced old age: a ten-year study. *International Journal of Ageing and Later Life, 3* (1), 5-19.
- Arslan, C. (2009). Anger, self-esteem, and perceived social support in adolescence. *Social Behavior and Personality, 37* (4), pp. 555-564. doi 10.2224/sbp.2009.37.4.555.
- Ashley, P. (2007). Toward an Understanding and Definition of Wilderness Spirituality. *Australian Geographer, 38* (1), 53-69. doi:10.1080/00049180601175865
- Augusto, L. (2009). Do Unconscious Beliefs Yield Knowledge? *Revista Filosófica de Coimbra, 35*, 161-184.

B

- Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Paullk, M. E., Lathan, C., Pettet, J. R., & Prigerson, H. G. (2007). Religiousness and Spiritual Support among advanced cancer patients and associations with End-of-life treatment preferences and Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*, 25 (5), 555-560. doi: 10.1200/JCO.2006.07.9046
- Bandura, A. (2003). On the Psychosocial Impact and Mechanisms of Spiritual Modeling. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 13(3), 167–173.
- Barbosa, F., Mosca Macedo, P. C., & Silveira, R. M. C. (2011). Depressão e o Suicídio. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14 (1), 233-243.
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barenbaum, N., & Winter, D. G. (2008). History of Modern Personality - Theory and Research. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. (Eds.), *Handbook of Personality - Theory and Research* (pp. 3-26). New York: The Guildford Press.
- Barros de Oliveira, J. (2007). Espiritualidade e Religião: Tópicos de Psicologia Positiva. *Psicologia, Educação e Cultura*, XI (2), 265-287.
- Barros de Oliveira, J. (2002). Neuroticismo: Algumas variáveis diferenciais. *Análise Psicológica*, 4 , 647-655.
- Barros de Oliveira, J. (1997). *Filosofia, Psicanálise e Educação*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Batson, C. D. (1976). Religion as prosocial: agent or double agent? *Journal for the Scientific Study of Religion* , 15, 29-45.
- Batson, C. D. (1991). *The altruism question: Toward a social-psychological answer*. New Jersey: Erlbaum.
- Batson, C. D., Eidelman, S. H., Higley, S. L., & Russell, S. A. (2001). “And who is my neighbor?” II: Quest religion as a source of universal compassion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40 (1), 39-50.
- Batson, C. D., Flink, C. H., Schoenrade, P., Fultz, J., & Pynch, V. (1986). Religious orientation and overt versus covert racial prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 175-181.

- Batson, C. D., Schoenrade, P., & Ventis, W. L. (1993). *Religion and the individual: A social-psychological perspective*. New York: Oxford University Press.
- Batson, C. D., & Ventis, W. L. (1982). *The religious experience: A social-psychological perspective*. New York: Oxford University Press.
- Berlim, M., & Fleck, M. (2003). Qualidade de vida: Um novo conceito para a pesquisa e prática em psiquiatria. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(4), 249-252.
- Beyssade, J. (2001). *Descartes au fil de l'ordre*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bjorck, J., & Maslim, A. (2011). The Multi-Faith Religious Support Scale: Validation with a sample of Muslim women. *Journal of Muslim mental Health*, 6(1), 62-80. Retirado de <http://dx.doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0006.105>
- Blanc, M. F. (1997). *Introdução à Ontologia*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Blustein, D.L. (2006). *The psychology of working: A new perspective for counseling, career development, and public policy*. NY: Routledge.
- Blustein, D.L. (2008). The role of work in psychological health and well-being: A conceptual, historical, and public policy perspective. *American Psychologist*, 63, 228-240. doi: 10.1037/0003-066X.63.4.228
- Blustein, D.L., (2011). A relational theory of working. *Journal of Vocational Behavior*, 79, 1-17. doi:10.1016/j.jvb.2010.10.004
- Byrne, B. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.
- Borg, M. (2001). Key Concepts: Teachers's beliefs. *ELT Journal*, 55 (2), 186-188.
- Bridges, L., & Moore, K. (2002). *Religious involvement and children's well-being: What research tell us (and what it doesn't)*. Retirado de <http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/03/ReligiosityRB.pdf>
- Brownlee, J. (2003). Paradigm shifts in pre-service teacher education students: case studies of changes in epistemological beliefs. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*, 3, 1-6.
- Burgoyne, R., & Renwick, R. (2004). Social support and quality of life over time among adults living with HIV in the HAART era. *Social Science & Medicine*, 58, pp. 1353-1366. doi: 10.1016/S0277-9536(03)00314-9

C

- Caldeira, S., Castelo Branco, Z., & Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (5), 145-152.
- Campos, R., & Campos, B. (2011). The Portuguese Version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) - Preliminary Psychometric Data with Two Nonclinical Samples. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(4):258–264. doi: 10.1027/1015-5759/a000072
- Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2011). Avaliação da qualidade de vida na infecção por VIH/SIDA: Desenvolvimento e aplicação da versão em Português Europeu do WHOQOL-HIV BREF. *Laboratório de Psicologia*, 9, 49-66.
- Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2012). Factor structure and psychometric properties of the European Portuguese version of a questionnaire to assess quality of life in HIV-infected adults: The WHOQOL-HIV-BREF. *AIDS Care*, 24, 799-807.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., & Pintassilgo, A. L. (2010). WHOQOL-HIV disponível para Portugal: Desenvolvimento e aplicação do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde na infecção VIH/SIDA. In M.C. Canavarro & Vaz Serra, A. (Orgs.), *Qualidade de vida e Saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 205-228). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., & Pintassilgo, A. L. (2011). Quality of life assessment in HIV-infection: Validation of the European Portuguese version of WHOQOL-HIV. *AIDS Care*, 23(2), 187-194.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., ... Carona, C. (2007). WHOQOL-BREF: Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Org.), *Avaliação Psicológica-Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 77-99). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Simões, M. R., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., ... Paredes, T. (2009). Development and general psychometric properties of the Portuguese from Portugal version of the World Health Organization quality of life

- assessment (WHOQOL-100). *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 116-124.
- Casaldáliga, P., & Vigil, J. M. (1992). *Espiritualidad de la Liberación*. Coleção Presencia Teológica, 71. Santander: Editorial Sal Terrae.
- Catré, A. (2005). *O bem-estar do Professor. Um estudo com professores do segundo e do terceiro ciclos do ensino básico* (Tese de Mestrado não publicada). Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Cavalcante Monteiro, K. C., & Vieira Lage, A. M. (2007). Depressão – Uma ‘Psicopatologia’ Classificada nos Manuais de Psiquiatria. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27 (1), 106-119.
- Chan, C. S., & Rhodes, J. E. (2013). Religious coping, posttraumatic stress, psychological distress, and posttraumatic growth among female survivors four years after Hurricane Katrina. *Journal of Traumatic Stress*, 26(2), 257-65. doi: 10.1002/jts.21801
- Chapman, B.J., Duberstein, P. R., Sörensen, S., & Lyness, J. M. (2007). Gender differences in five factor model personality traits in an elderly cohort: extension of robust and surprising findings to an older generation. *Personality and Individual Differences*, 43(06), 1594–1603. doi: 10.1016/j.paid.2007.04.028
- Censos (2011). Instituto Nacional de Estatística. Retirado de <http://goo.gl/ReyyRV>
- Cescon, E. (2011). Neurociência e Religião: as pesquisas neurológicas em torno da experiência religiosa. *Teocomunicação*, 41(2), 293-314.
- Cohen, D., Yoon, D., & Johnstone, B. (2009). Differentiating the Impact of Spiritual Experiences, Religious Practices, and Congregational Support on the mental Health of Individuals With Heterogeneous Medical Disorders. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 19, 121–138. doi: 10.1080/10508610802711335
- Cohen, I., & Whitman, A. (1999). *The principia, Mathematical principles of natural philosophy: new translation*. California: University of California Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.

- Comte-Sponville, A. & Ferry, L. (2000). *A Sabedoria dos Modernos - Dez questões para os nossos tempos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Constitution of World Health Organization. (1946). Retirado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- Cordeiro Alves, F. (2001). *O encontro com a realidade docente. Ser professor principiante*. Bragança: Instituto de Inovação Educacional.
- Costa Catré, M. N., Ferreira, J. A., Pessoa, T., Pereira, M., Canavarro, M. C., & Catré, A. (2014). O domínio SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) do WHOQOL: O estudo com grupos focais para validação da versão em Português europeu do WHOQOL-SRPB. *Análise Psicológica*, 4, 401-417. doi: 10.14417/ap.872
- Costa Catré, M. N., Ferreira, J. A., Pessoa, T., Catré, A., & Catré, M.C. (2016). espiritualidade: contributos para uma clarificação do conceito. *Análise Psicológica* 1, 31-46. doi: 10.14417/ap.877
- Costa Catré, M.N., Ferreira, J.A., Pessoa, T., Catré, A., Catré, M.C., & Pereira, M. (no prelo-a). Especificidades do instrumento de qualidade de vida WHOQOL-SRPB (*Spirituality, religiousness and personal beliefs*): Desenvolvimento e características psicométricas das facetas adicionais da versão em português europeu.
- Costa Catré, M.N., Ferreira, J.A., Pessoa, T., Catré, A., Catré, M.C., & Pereira, M. (no prelo-b). Validação para Português Europeu do instrumento de Qualidade de vida WHOQOL-SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*): Desenvolvimento e caraterísticas psicométricas.
- Costa P. T., & McCrae, R. R. (1989). *The NEO PI Manual Supplement*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa Jr., P., Terracciano, A., & McCrae, R. (2001). Gender Differences in Personality Traits Across Cultures: Robust and Surprising Findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(2) , pp. 322-331. doi: 10.1037//0022-3514.81.2.322

D

- Dambrun, M., & Villate, M. (2008). Implicit racial attitudes and their relationships with explicit personal and cultural beliefs: what personalized and traditional IATS measure. *Current Research in Social Psychology, 13*(16), 185-198.
- Dasgupta, S., & Majumdar, S. (2000). Sense of well-being and perceived quality of life. In E. Diener, & D. Rahtz (Eds.), *Advances in Quality of Life Theory and Research* (pp. 65-81). Dodrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Davis, D., Hook, J., & Worthington, E., Jr. (2008). Relational spirituality and forgiveness: the roles of attachment to God, religious *coping*, and viewing the transgression as a desecration. *Journal of Psychology and Christianity, 27*, 293–301.
- Del Giudice, M., Booth, T., & Irwing, P. (2012). The Distance Between Mars and Venus: Measuring Global Sex Differences in Personality. *PLoS ONE, 7*(1), 1-8 doi:10.1371/journal.pone.0029265
- Del Porto, J. A. (1999). Depressão, Conceito e Diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 21*, 6-11.
- Dweek, C. (2008). Can personality be changed? The role of personal beliefs in personality change. *Current Directions in Psychological Science, 17* (6), 391-394.
- Dix, S. (2010). As esferas seculares e religiosas na sociedade portuguesa. *Análise Social, 5*-27.
- Dy-Liacco, G., Kennedy, C., Parker, D., & Piedmont, R. L. (2005). Spiritual Transcendence as an unmediated causal Predictor of Psychological Growth and Worldview among Filipinos. *Social Scientific Study of Religion, 16*, 261-285.
- Descartes, R. (trad. 1979). *O Discurso do Método para bem conduzir a própria Razão e procurar a verdade nas Ciências*. Retirado de de <http://www.consciencia.org/o-discurso-do-metodo-rene-descartes>

E

- Eliade, M. (1978). *História das Ideias e das Crenças Religiosas*. Tomo I, Vol I. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Emmanuel, E., St John, W., & Sun, J. (2012). Relationship between Social Support and Quality of Life in Childbearing women during the perinatal period. *JOGNN Research, 41*, 62-70. doi: 10.1111/j.1552.2012.01400

F

- Ferreira, A. (2008). Religiosidade e bem-estar ao longo da Vida. *INFAD Revista de Psicologia*, 1, 407-418.
- Ferry, L. & Vicent, J-D. (2003). *O que é o Homem? Sobre os fundamentos da Biologia e da Filosofia*. Porto: Edições ASA.
- Fiala, W., Bjorck, J., & Gorsuch, R. (2002). The Religious Support Scale: Construction, validation and cross-validation. *American Journal of Community Psychology*, 30(6), 761-786. doi: 10.1023/A:1020264718397
- Fisher, J. (2011). The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being. *Religions*, 2, 17-28.
- Fleck, M. P. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas. *Ciência & Saúde Colectiva*, 5, 33-38.
- Fleck, M. P., Borges, Z., Bolognesi, G., & Rocha, N. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 446-455.
- Fleck, M. P., Chachamovich, E., & Frentini, C. (2006). Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saúde Pública*, 40, 785-791.
- Fleck, M. P., & Skevington, S. (2007). Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Supl. 1), 146-149.
- Fonseca, R., Silva, P., & Silva, R. (2013). Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa. *Laboratório de Psicologia*, 5, 81-90.
- Forcades, T. (2005). Hacia una espiritualidad postreligiosa? *Iglesia Viva-Revista de Pensamiento Cristiano*, 222 (2), 41-52.
- Formosinho, S., & Oliveira Branco (1997). *O Brotar da Criação – um olhar pela Ciência, a Filosofia e a Teologia*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Francis, L., Lewis, C., & Robbins, M. (2010). Religious orientation, mental health and culture conceptual and empirical perspectives. *Mental Health, Religion & Culture*, 13 (7-8), 659-666. doi: 10.1080/13674676.2010.503380

- Frankl, V. E. (trad. 2016). *O Homem em Busca de um Sentido* (4ª Ed.). Alfragide: Lua de Papel.
- Freitas, M. (2004). *O Ser e os seres. Itinerários filosóficos*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Freitas, T. H., Hyphantis, T. M., Andreoulakis, E., Quevedo, J., Miranda, H. L., Alves, G. S., ... Carvalho, A. F. (2015). Religious coping and its influence on psychological distress, medication adherence, and quality of life in inflammatory bowel disease. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37, 219–227. doi: 10.1590/1516-4446-2014-1507
- Freud, S. (trad. 1990). Projeto para uma Psicologia Científica. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (3ª ed., Vol. I, pp. 381-511). Rio de Janeiro: Imago.
- Friedman, M. (1997). *Improving the quality of life, a holistic scientific strategy*. Westport: Praeger Publishers.

G

- Gadamer, H. (1983). *A razão na época da Ciência*. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro.
- George, L. k., Hays, J. C., Flint, E. P., & Meador, K. (2004). Religion and Health in Life Course perspective. In K. W.Schaie, N. Krause, & A. Booth (Eds.), *Religious influences on health and well-being in the elderly* (pp. 246-282). New York: Springer Publishing Company.
- Goble, F. (2004). *The Third Force: The Psychology of Abraham Maslow*. St. Louis: Jefferson Center for Character Education.
- Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big-Five fator structure. *Psychological Assessment*, 4(1), 26-42. doi: 10.1037/1040-3590.4.1.26
- Golberg, L. R., Sweeney, D., Merenda, P., & Hughes, J. (1998). Demographic variables and Personality: the effects of Gender, Age, Education, and Ethnic/racial Status on self-descriptions of Personality attributes. *Personal and Individual Differences Journal*, 24(3) , pp. 393-403.
- Goodwin, C. J. (2005). *A History of Modern Psychology* (2nd ed.). New York: Wiley.

- Goodwin, R., Cost, P., & Adonu, J. (2004). Social support and its consequences: 'Positive' and 'deficiency' values and their implications for support and self-esteem. *British Journal of Social Psychology*, *43*, 1–10.
- Gorsuch, R. L., & Venable, G. D. (1983). Development and validation of an Age I-E scale. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *22*, 181-187.
- Grover, S. Shah, R., & Kulhara, P. (2013). Validation of Hindi translation of SRPB facets of WHOQOL-SRPB scale. *Indian Journal of Psychological Medicine*, *35*, 358–363.
- Gulla, A. (2010). *In search of Happiness – Truth Love, Positive Attitude, Good Relations and Spirituality*. Bloomington: Author House.

H

- Haghighi, F. (2013). Correlation between Religious Coping and Depression in Cancer Patients. *Revista Psychiatria Danubina*, *25* (3), 236-240.
- Hendriks, A., Gubbels, J., Jansen, M., & Kremers, S. (2012). Health beliefs regarding dietary behavior and physical activity of Surinamese Descent in the Netherlands: a qualitative study. *International Scholarly Research Network*, 1-8. doi:10.5402/2012/903868
- Hermans, R., Tondeur, J., Van Braak, J., & Valcke, M. (2008). The impact of primary school teachers' educational beliefs on the classroom use of computers. *Computers & Education*, *51*, 1499–1509. doi:10.1016/j.compedu.2008.02.001
- Hill, P., Pargament, K., Hood, R., Jr, McCullough, M., Swyers, J., Larson, D., & Zinnbauer, B. (2000). Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Journal of the Theory of Social Behavior*, *30* (1), 51-77.
- Hinde, R. (1999). *Why Gods persist – a Scientific approach to Religion*. New York: Routledge.
- Hyman, C., & Handal, P. (2006). Definitions and Evaluation of Religion and Spirituality Items by Religious Professionals: a Pilot Study. *Journal of Religion and Health*, *45* (2), 264-282.
- Hoesli T. M, & Smith K. M. (2011). Effects of Religious and Personal Beliefs on Medication Regimen Design. *Orthopedics*, *34*(4):292. doi: 10.3928/01477447-20110228-17

- Hofmeister, H., & Edgell, P. (2003). Sunday morning rush hour. In P. Moen (Ed.). *It's about Time: Couples and Carrers* (pp.203-219). New York: Cornell University Press.
- Hood R., Hill, P., & Spilka, B. (2009). *The Psychology of Religion, an empirical approach* (4rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Huang, C., Hsu, M., Hsu, S., & Chang, C. (2010). Mediating roles of social support on poststroke depression and quality of life in patients with ischemic stroke. *Journal of Clinical Nursing*, 19, pp. 2752-2762. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03327.x
- Huang, C., Lee, L., & Chang, M. (2007). The influences of personality and motivation on exercise participation and quality of life. *Social Behavior and Personality*, 35(9), 1189-1210.
- Hsu, P. H., Krägeloh, C. U., Shepherd, D., & Billington (2009). Religion/spirituality and quality of life of international tertiary students in New Zealand: An exploratory study. *mental Health, Religion & Culture*, 12, 385-399.
- Husserl, E. (trad. 2006). *A crise da Humanidade Europeia e a Filosofia (versão digital Adobe)*. Retirado de http://ensinarfilosofia.com.br/__pdfs/e_livros/32.pdf
- Hvidtjorn, D., Hjelmberg, J., Skytthe, A., Christensen, K., & Hvidt, N. C. (2014). Religiousness and Religious Coping in a Secular Society: The Gender Perspective. *Journal of Religion and Health*, 53 (5), 1329–1341. doi:10.1007/s10943-013-9724-z
- J**
- Jamal, A. (2005). The political participation and engagement of Muslim American: mosque involvement and group consciousness. *American Politics Research*, 33 (4), 521-544. doi: 10.1177/1532673X04271385
- Jardim, S. (2011). depressão e trabalho: ruptura de laço social. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36 (123): 84-92.
- Jaspers, K. (2003). *Os Mestres da Humanidade*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Javanmard, G. H. (2013). Religious Beliefs and Resilience in Academic Students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 744-748. doi:10.1016/j.sbspro.2013.06.638
- Jesus, S. N. (2000). *Motivação e Formação de Professores*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Jesus, S. N. (2002). *Perspectivas para o bem-estar docente: uma lição de síntese*. Porto: ASA.
- Jesus, S. N. (2006). Bem-estar em Psicologia da Saúde. In I. Leal (Coord.), *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp.81-97). Coimbra: Quarteto Editora.
- Jesus, S. N., Mosquera, J., Stobaus, C., Sampaio, A., Rezende, M., & Mascarenhas, S. (2011). Avaliação da Motivação e do Bem/Mal-Estar dos Professores, Estudo Comparativo entre Portugal e o Brasil. *Revista AMAzônica*, 4(2), 7-18.
- João Paulo II (1981). Carta Encíclica *Laborem Exercens*. Retirado de <https://www.goo.gl/Sdqftu>
- John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). *The Big Five Inventory—Versions 4a and 54*. Berkeley: University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research.
- John, O. P., Naumann, L. P., & Soto, C. J. (2008). Paradigm shift to the integrative Big Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (3rd ed., pp. 114–158). New York: Guilford Press.
- Jung, C. (trad. 2008). *O Eu e o inconsciente*. Petrópolis: Editora Vozes.
- K**
- Kant, I. (s.d.). *Crítica da Razão Pura*. Retirado de <http://lelivros.win/book/download-critica-da-razao-pura-immanuel-kant-em-epub-mobi-e-pdf/>
- Kant, I. (s.d.). *Crítica da Razão Prática*. Retirado de <http://lelivros.win/book/baixar-livro-critica-da-razao-pratica-immanuel-kant-em-pdf-epub-e-mobi-ou-ler-online/>
- Kant, I. (trad. 2004). *Crítica da Faculdade do Juízo*. Retirado de <http://www.eduardoguerreirolosso.com/Immanuel-Kant-critica-do-juizo.pdf>
- Ke, X., Liu, C., & Li, N. (2010). *Social Support and Quality of Life: a cross sectional study on survivors eight months after the 2008 Wenchuan earthquake*. Retirado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/573>
- Kelley-Gillespie, N. (2009). An Integrated Conceptual Model of Quality of Life for Older Adults Based on a Synthesis of the Literature. *Applied Research Quality Life*, 4, 259–282. doi: 10.1007/s11482-009-9075-9

- Kim, H. S., Sherman, D. K., & Taylor, S. E. (2008). Culture and social support. *American Psychologist*, *63* (6), 518-526. doi: 10.1037/0003-066X
- Klein, D. N., Kotov, R., & Bufferd, S. J. (2011). Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, *7*, 269–295. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104540
- Kline, P. (2000). *The handbook of psychological testing* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Koenig, H. (2002). *Spirituality in patient care*. West Conshohocken PA: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H. (2005). *Faith and mental health: Religions resources for healing*. West Conshohocken PA: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H. (2008a). *Medicine, religion and health: Where science and spirituality meet*. West Conshohocken, PA: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H. (2008b). Concerns about measuring “spirituality” in research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *196* (5), 349-355. doi:10.1097/NMD.ob013e3186ff796
- Koenig, H. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *International Scholarly Research Network*, 1-33. doi:10.5402/2012/278730
- Koenig, H., King, D., & Carson, V. (2012). *Handbook of Religion and Health* (2^a ed.). New York: Oxford University Press.
- Krägeloh, C. U., Chai, P. P., Shepherd, D., & Billington, R. (2012). How religious coping is used relative to other coping strategies depends on the individual's level of religiosity and spirituality. *Journal of Religion and Health*, *51*(4), 1137-1151. doi: 10.1007/s10943-010-9416-x
- Krause, N. (2006). Church-Based Social Support and Mortality. *Journal of Gerontology*, *61* (3), 140-146.
- Krauss, S. W., & Hood, R. W. (2013). *A new approach to religion orientation. The commitment-reflectivity circumplex*. New York: Editions Rodopi.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus group: A practical guide for applied research* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Krueger, R. A., & King, J. A. (1998). *Involving community members in focus groups*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Kuipers, K. (2009). Formal and informal network coupling and its relationship to workplace attachment. *Sociological Perspectives*, 52 (4), 455–479.

L

Ladd, K., & McIntosh, D. (2008). Meaning, God and Prayer: Physical and metaphysical aspects of social support. *Mental Health, Religion and Culture*, 11, 23-38. doi: 10.1080/13674670701475053

Lazar, A., & Bjorck, J. (2008). Religious support and psychosocial well-being among a religious Jewish population. *Mental Health, Religion & Culture*, 11 (4), 403–421. doi:10.1080/13674670701486142

Levin, J. (2013). Religious Observance and Well-Being among Israeli Jewish Adults: Findings from the Israel Social Survey. *Religions* 4, 469-484. doi: 10.3390/rel4040469

Lewis, C. A., Maltby, J., & Day, L. (2005). Religious orientation, religious coping and happiness among UK adults. *Personality and Individual Differences*, 38(5), 1193–1202.

Lim, J., & Yi, J. (2009). The effects of religiosity, spirituality, and social support on quality of life: a comparison between Korean American and Korean breast and gynecologic cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 36(6), 699-708. doi: 10.1188/09

Lima, J. A. (2013). Por uma análise de conteúdo mais fiável. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 47(1), 7-29.

Lima Vaz, H. (2002). *Filosofia e Cultura*. Escritos de filosofia III (2ª ed.). São Paulo: Edições Loyola.

Linares, R. (2012). *O envolvimento religioso e a Sintomatologia Depressiva em imigrantes Brasileiros* (Tese de Doutoramento não publicada). Retirado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7265/1/ulsd063811_td_Rosilene_Linares.pdf.

Lipa, R. A. (2010). Gender Differences in Personality and Interests: When, Where, and Why? *Social and Personality Psychology Compass*, 4, 1098–1110. doi:10.1111/j.1751-9004.2010.00320.x

Lopes, J. M., Fernandes, S. G., Dantas, F. G., & Medeiros, J. L. (2015). Association between depression and sociodemographic characteristics, quality of sleep and living habits among the elderly of the north-east of Brazil: a cross-sectional population based study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(3), 521-531. doi: 10.1590/1809-9823.2015.14081

M

Machado, J. (2003). *Dicionário etimológico da Língua Portuguesa* (Vol. I). Lisboa: Livros Horizonte.

Maltby, J. (1999a). The internal structure of a derived, revised and amended measure of the religious orientation scale: the 'Age-Universal' I-E Scale 12. *Social Behavior and Personality*, 27 (4), 407-412.

Maltby, J. (1999b). Religious orientation and Eysenck's personality dimensions: The use of the amended religious orientation scale to examine the relationship between religiosity, psychoticism, neuroticism and extraversion. *Personality and Individual Differences*, 26, 79-84.

Maltby, J., & Lewis, C. (1996). Measuring intrinsic and extrinsic orientation toward Religion: amendments for its use among religious and non-religious samples. *Personality and Individual Differences*, 21 (6), pp. 937-946. doi:10.1016/S0191-8869(96)00154-7

Mansour, N. (2009). Science Teachers' Beliefs and Practices: Issues, Implications and Research Agenda. *International Journal of Environmental & Science Education*, 4 (1), 25-48.

Marcus, Taghi Yasamy, Van Ommeran, Chisholm, & Saxena (2012). *Depression. A Global Health Concern*. Retirado de http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf

Marôco, J. P., Campos, J., Vinagre, M. G., & Pais-Ribeiro. (2013). Adaptação Transcultural Brasil-Portugal da escala de satisfação com o suporte social para Estudantes do Ensino Superior. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 27 (2), 247-256.

Marôco, J. P., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 65-90.

- Marôco, J. P. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ª ed.). Pêro Pinheiro: Report Number.
- Martin, Long, & Poon (2002). Age Changes and Differences in Personality Traits and States of the Old and Very Old. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B(2), 144–P152.
- Maslow, A. H. (1998). *Toward a Psychology of Being*. New York: Wiley
- Masson, J. (1986). *Correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess*. Rio de Janeiro: Imago.
- May, R. (1977). *Psicologia e dilema humano* (3a ed.). Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- McCrae, R., Costa, P. T., Lima, M. P., Simões, A., Ostendorf, F., Angleitner, A., Marusic, I., ... Piedmont, R. L. (1999). Age Differences in Personality Across the Adult Life Span: Parallels in Five Cultures. *Developmental Psychology*, 35(2), 466-477.
- McCrae, R., Costa Jr., P., Pedroso de Lima, M., Simões, A., Ostendorf, F., Angleitner, A., et al. (1999). AGE Differences in Personality Across the Adult Life Span: Parallels in Five Cultures. *Developmental Psychology*, 35(2), pp. 466-477.
- Meezenbroek, E., Garssen, B., Van Den Berg, M., Van Dierendonck, D., Visser, A., Schaufeli, W. (2012). Measuring Spirituality as a Universal Human Experience: A Review of Spirituality Questionnaires. *Journal of Religion and Health*, 51, 336–354. doi: 10.1007/s10943-010-9376-1
- Merianos, A., King, K., & Vidourek, R. (2012). Does perceived Social Support play a role in body image satisfaction among college students? *Journal of Behavioral Health*, 1 (3), 178-184.
- Mesquita, A. C., Chaves, E. C., Avelino, C. C., Nogueira, D. A., Panzini, R. G., & Carvalho, E. C. (2013). A utilização do enfrentamento religioso/espiritual por pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(2), 1-7.
- Meuleman, B., & Billiet, J. (2011). Religious involvement: its relation to values and social attitudes. In E. Davidov, P. Schimdt, & J. Billiet (Eds.), *Cross-cultural Analysis. Methods and Applications* (pp. 173-206). New York: Routledge.
- Meyers, V. L. (2014). *Conversations about Calling. Advancing Management perspectives*. New York: Routledge.

- Mihaljević, S., Aukst-Margetić, B., Vuksan-Ćusa, B., Koić, E., & Milošević, M. (2012). Hopelessness, suicidality and religious coping in Croatian war veterans with PTSD. *Psychiatria Danubina Journal*, 24(3), 292-297.
- Miner, M. (2008). Healthy question and Mature Religious Reflection: Critique, Antecedents and Relevance of Attachment Theory? *Journal of Psychology and Theology*, 36 (3), 222-233.
- Mirão, L. (2012). *Pessoal não docente: um estudo desenvolvido em dois Agrupamentos de Escolas sobre os Assistentes operacionais*. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.26/3792>
- Montigny, F., Lacharité, C., & Amyot, E. (2006). The transition to fatherhood: the role of formal and informal support structures during the post-partum period. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15 (4), 601-609.
- Moreira-Almeida, A., Pinsky, I., Zaleski, M., & Laranjeira, R. (2010). Envolvimento religioso e fatores Sociodemográficos: resultados de um levantamento Nacional no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(1), 18-21.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2nd ed.). London: Sage.
- Moxey, A., Bowe, M., & Attia, J. (2011). Spirituality, Religion, Social Support and Health among older Australian adults. *Australasian Journal on Ageing*, 30 (2), 82-88. doi: 10.1111/j.1741-6612.2010.00453.x
- Mueller, F. L. (1976a). *História da Psicologia* (Vol. I). Mem Martins: Publicações Europa América.
- Mueller, F. L. (1976b). *História da Psicologia* (Vol. II). Mem Martins: Publicações Europa América.
- Mueller, P., Plevak, D.J., & Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinical Proceedings*, 76, 1225-1235.
- N**
- Nelson, T., & Garst, J. (2005). Values-based political messages and persuasion: relationships among speaker, recipient, and evoked values. *Political Psychology*, 26 (4), 489-514.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Nunnally J. L. (1967). *Psychometric Theory* (1st. ed.). New York: McGraw-Hill.

O

O'Connell, K., & Skevington, S. (2005). The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: Themes from focus groups in Britain. *British Journal of Health Psychology*, *10*, 379-398.

O'Connell, K., & Skevington, S. (2010). Spiritual, religious, and personal beliefs are important and distinctive to assessing quality of life in health: A comparison of theoretical models. *British Journal of Health Psychology*, *15*, 729-748.

Oman, D. (2013). Defining Religion and Spirituality. In R. Paloutzian, & C. Park (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (2ª ed., pp. 23-47). New York: The Guilford Press.

Organização Internacional do Trabalho (2007). *Implementação da Agenda Global para o Emprego: Estratégias de Emprego para apoiar o trabalho digno*. Retirado de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/ed_emp/documents/publication/wcms_140850.pdf

P

Paloutzian, R. F., & Park, C. (2005). Integrative themes in the Current Science of the Psychology of Religion. In R. Paloutzian, & C. Park (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (1ª ed., pp. 3-20). New York: The Guilford Press.

Paloutzian, R. F., & Park, C. (2013). Recent Progress and Core Issues in the Science of the Psychology of Religion and Spirituality. In R. Paloutzian & C. Park (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (2ª ed., pp. 2-23). New York: The Guilford Press.

Paloutzian, R. F. Richardson, J. T., & Rambo, R. L. (1999). Religious Conversion and Personality Change. *Journal of Personality*, *67* (6), 1047-1079.

Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *34*(1), 126-135.

Panzini, R. G., Maganha, C., Rocha, N. S. D., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. (2011). Brazilian validation of the quality of life instrument/spirituality, religion and personal beliefs. *Revista de Saúde Pública*, *45*, 153-165.

- Panzini, R., Rocha, N., Bandeira, D., & Fleck, M. P. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 105-115.
- Pargament, K. I. (1990). God help me: toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. In D. McIntosh, B. Spilka, D. Moberg & M. Lynn (Orgs.), *Research in the social scientific study of religion* (Vol.2, pp.195-224). London: The JAI Press.
- Pargament, K., & Cummings, J. (2010). Anchored by Faith. In J.W.Reich, A.J.Zautra, & J. S. Hall, *Handbook of Adult Resilience* (pp. 193-210). New York: The Guilford Press.
- Pargament, K., & Mahoney, A. (2002). Spirituality: The Discovery and Conservating of the sacred. In C. Snyder, & S. Lopez (Ed.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 646-659). New York: Oxford University Press.
- Pargament, K., Feuille, M., & Burdzy, D. (2011). The *Brief RCOPE*: Current psychometric status of a short measure of religious *coping*. *Religions*, 2, 51-76.
- Pascal, B. (trad. 2002). *Pensamentos*. Retirado de <http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/pascal.html>
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria – Teoria dos testes na psicologia e educação*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Pennac, D. (trad. 2009) *Mágoas da escola*. Porto: Porto Editora.
- Pereira, D. (2010). *Racionalidades e Práticas de Gestão do pessoal Administrativo num Agrupamento de Escola - Um estudo sobre a transferência de competências do Agrupamento para a Autarquia ao nível do pessoal Não docente* (Tese de Mestrado não publicada). Retirado de <http://hdl.handle.net/1822/14571>
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 109-123.
- Peréz, J., Smith, A., Norris, R., Canenguez, K., Tracey, E., & CeCristofaro, S. (2011). Types of prayer and depressive symptoms among cancer patients: the mediating role of rumination and social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 34 (6), 519-530. doi: 10.1007/s10865-011-9333-9
- Pessoa, F. (s.d.). Livro do Desassossego. Retirado de <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/pe000008.pdf>

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pew Research Center. (2016). *The Gender Gap in Religion around the World*. pp. Retirado de <http://www.pewforum.org/2016/03/22/the-gender-gap-in-religion-around-the-world/>
- Picado, L. (2009). *Ser Professor: do Mal-estar para o bem-estar docente*. Retirado de www.psicologia.com.pt
- Pinheiro, M. R., & Ferreira, J. A. (2002). O questionário de suporte social: adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). *Psychologica*, 30, pp. 315-333.
- Pinto, A. M. (2000). *Burnout Profissional em Professores Portugueses* (Tese de Doutoramento não publicada). Retirado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/11328>
- Piedmont, R. L. (1999a). Does spirituality represent the sixth factor of personality? "Spiritual transcendence and the five-factor model". *Journal of Personality*, 67, 985-1013.
- Piedmont, R. L. (1999b). Strategies for using the five-factor model of personality in religious research. *Journal of Psychology and Theology*, 27, 338-350.
- Piedmont, R. L. (2001). Spiritual transcendence and the scientific study of spirituality. *Journal of Rehabilitation*, 67, 4-14.
- Piedmont, R. L. (2004). Spiritual Transcendence as a Predictor of Psychosocial Outcome from an Outpatient Substance Abuse Program. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18 (3), 213-222.
- Piedmont, R. L. (2007). Spirituality as a Robust Empirical Predictor of Psychosocial Outcomes: A Cross-Cultural Analysis. In R.J. Estes (Ed.), *Advancing Quality of Life in a Turbulent Social Indicators research series* (Vol 29, Part II, pp. 117-134). New York: Springer.
- Piedmont, R. L., Ciarrochi, J., Dy-Liacco, G., & Williams, J. (2009). The Empirical and Conceptual Value of the Spiritual Transcendence and Religious Involvement

- Scales for Personality Research. *Psychology of Religion and Spirituality*, 1 (3), 162–179.
- Piedmont, R., & Leach, M. (2002). Cross-Cultural Generalizability of the Spiritual Transcendence Scale in India. Spirituality as a Universal Aspect of Human Experience. *American Behavioral Scientist*, 45 (12), 1888-1901.
- Piedmont, R., Werdel, M. B., & Fernando, M. (2009). The utility of the Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES) Scale with Christians and Buddhists in Sri Lanka. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 20, 131-143.
- Pierce, T., Baldwin, M., & Lydon, J. (1997). A relational Schema Approach to social Support. In G. Pierce, B. Lakey, I. Sarason, & B. Sarason (Eds.), *Sourcebook of Social Support and Personality* (pp. 19-47). New York: Plenum Press.
- Pierce, G., Sarason, B., Sarason, I., Joseph, H., & Henderson, C. (1996). Conceptualizing Social Support in the context of the family. In G. Pierce, B. Sarason, & I. Sarason (Eds.), *Handbook of Social Support and the Family* (pp. 3-22). New York: Plenum Press.
- Pocinho, M., & Perestrelo, C. X. (2011). Um ensaio sobre burnout, engagement e estratégias de coping na profissão docente. *Educação e Pesquisa*, 37 (3), 513 – 528.
- Power, M., Bullinger, M., & Harper, A. (1999). The world Organization WHOQOL-100: Tests of Universality of Quality of Life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychology*, 18(5), 495-50.
- Prioste, A., Narciso, I., & Gonçalves, M. (2012). Questionário de Valores Pessoais Readaptado: Processo de desenvolvimento e contributos iniciais para a validação. *Revista Ibero-Americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 34(1), 175-199.

R

- Rabin, R., & Charro, F. (2001). EQ-SD: a measure of health status from the EuroQol Group. *Annals of Medicine*, 33, 337-343.

- Raeymaeckers, P., Dewilde, C., Snoeckx, L., & Mortelmans, D. (2008). The influence of formal and informal support systems on the labour supply of divorced mothers. *European Societies*, 10 (3), 453-477. doi: 10.1080/14616690701833480
- Rican, P., & Janosova, P. (2010). Spirituality as a Basic Aspect of Personality: A Cross-Cultural Verification of Piedmont's Model. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 20, 2-13. doi: 10.1080/10508610903418053
- Richter, J., Schwarz, M., & Bauer, B. (2008). Personality Characteristics Determine Health-Related Quality of Life as an Outcome Indicator of Geriatric Inpatient Rehabilitation. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, Article ID 474618, 1-8. doi:10.1155/2008/474618
- Rijo, D., Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Especificidades da avaliação da qualidade de vida na população portuguesa: O processo de construção da faceta portuguesa do WHOQOL-100. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 25-30.
- Rogers, C. R. (2003). *Client Centered Therapy*. London: Constable.
- Ross, L. (1995). The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 32 (5), 457- 468.
- Rovers, M. & Kocum, L. (2010). Development a holistic model of spirituality. *Journal of Spirituality in mental Health*, 12 (1), 2-24.
- S**
- Santo Agostinho (trad. 2001). *Confissões*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda.
- Saroglou, V. (2006). Religion's role in Prosocial Behavior: myth or reality? *Psychology of Religion Newsletter – American Psychological Association*, 31 (2), 1-8.
- Sawatzky, R., Pamela, A., & Chiu, L. (2005). A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicators Research*, 72, 153-188.
- Saxena, S., & Orley, J. (1997). Quality of life assessment: The World Health Organization perspective. *European Psychiatry*, 12(Suppl. 3), 263-266.
- Schalock, R. & Verdugo, M. (2007). The concept of quality of life in services and supports for people with intellectual disabilities. *Siglo Cero*, 38, 21-36.
- Schmitt, D., Realo, A., Voracek, M., & Allik, J. (2008). Why Can't a Man Be More Like a Woman? Sex Differences in Big Five Personality Traits Across 55 Cultures. *Journal*

- of Personality and Social Psychology, 94(1)* , pp. 168-182. doi: 10.1037/0022-3514.94.1.168
- Scmitt, D., Long, A., McPhearson, A., O'Brien, K., & Remment, B. S. (2016). Personality and gender differences in global perspective. Retirado de https://www.researchgate.net/publication/299387354_Personality_and_gender_differences_in_global_perspective
- Shahrokhi, & Pilevarzadeh (2015). The Relationship between Religious Coping and mental Health in Patients with Myocardial Infarction Admitted to Imam Khomeini (RA) Hospital Jiroft. *International Journal of Review in Life Sciences, 5(7)*, 2015, 101-105
- Shamsalinia, A., Pourghaznein, T., & Parsa, M. (2016). The Relationship Between Hope and Religious Coping Among Patients With Type 2 Diabetes. *Global Journal of Health Science, 8 (1)*, 208-216. doi:10.5539/gjhs.v8n1p208
- Seco, G. M. (2000). *A satisfação na atividade docente* (Tese de Doutorado não publicada). Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Secondin, B. (2002). *espiritualidade em diálogo*. S. Paulo: Edições Paulinas.
- Segre, M., & Ferraz, F. (1997). O Conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública, 31 (5)*, 538-542.
- Seligman, M. (2008). *Felicidade Autêntica, os princípios da Psicologia Positiva*. Cascais: Editora Pergaminho.
- Skevington, S. M. (1999). Measuring Quality of Life in Britain: Introducing the WHOQOL-100. *Journal of Psychosomatic Research, 47(5)*, 449-459.
- Skevington, S. M., Sartorius, N., Amir, M., & WHOQOL-Group (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. The history of the WHOQOL instruments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*, 1-8.
- Shittu, R. O., Odeigah, L. O., Issa, B. A., Olanrewaju, G. T., Mahmoud, A. O., & Sanni, M. A. (2014). Association between Depression and Social Demographic Factors in a Nigerian Family Practice Setting. *Open Journal of Depression, 3 (1)*, 18-23. doi: 10.4236/ojd.2014.31006

- Silva, A., Silva, C., & Alfredo, T. (2002). Os jovens estudantes e a Religião. In J. M. Sena (Org.). *Vida, Escola e Religião no Imaginário Juvenil* (pp. 123-177). Lisboa: Secretariado Nacional do Apostolado de oração.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., & Oliveira, A. (2000) O bem-estar subjectivo: estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 4(2), 243-279.
- Smith, D., & Louw, M. (2007). Conceptualization of the Spiritual life dimension: a personal and professional leadership perspective. *Journal of Human Resource Management*, 5 (1), 19-27.
- Smith, L. (2007). Conceptualizing spirituality and religion: Where we've come from, where we are, and where we are going. *The Journal of Pastoral Counseling*, XLII, 4-21.
- Soto, C. J., & John, O. P. (2009a). Ten facet scales for the Big Five Inventory: Convergence with NEO PI-R facets, self-peer agreement, and discriminant validity. *Journal of Research in Personality*, 43, 84–90. doi:10.1016/j.jrp.2008.10.002
- Soto, C. J., & John, O. P. (2009b). Using the California Psychological Inventory to assess the Big Five personality domains: A hierarchical approach. *Journal of Research in Personality*, 43, 25–38. doi:10.1016/j.jrp.2008.10.005
- Soto, C. J., John, O., Gosling, S., & Potter, J. (2011). Age Differences in Personality Traits From 10 to 65: Big Five Domains and Facets in a Large Cross-Sectional Sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(2), 330-348. doi: 10.1037/a0021717
- Stewart, D. W., Shamdasani, P. N., & Rook, D. W. (2007). *Focus groups. Theory and practice*. (2nd ed.). London: Sage.
- Stuckelberger, A. (2005). The round table spirituality, religion and health at the United Nations-Genève. Retirado de http://www.wunrn.com/news/2006/05_08_06/051206_spirituality_religion.pdf
- Stucliffe, S. & Gilhus, I. (2014). "All-mixed up" – thinking about Religion in relation to New Age Spiritualities. In S. Stucliffe, & I. Gilhus (Eds.), *New Age Spirituality – Rethinking Religion* [E-reader version]. Retirado de <https://goo.gl/IEKOjf>
- Swatos, W. J. (1998). *Encyclopedia of Religion and Society*. California: Altamira Press.

T

- Taylor, S., Welch, T. W., Kim, H. S., & Sherman, D. K. (2007). Cultural Differences in the Impact of Social Support on Psychological and Biological Stress Responses. *Psychological Science, 18* (9), 831-837.
- Teixeira, A. (2012). *Identidades Religiosas em Portugal: representações, valores e práticas*. Universidade Católica Portuguesa. Retirado de http://www.agencia.ecclesia.pt/dlds/bo/Inquirito2011_Resumo.pdf
- The Corsini Encyclopedia. (2010). In I. B. Weiner & W. E. Craighead (Eds.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Tiliopoulos, N., Bikker, A., Coxon, A., & Hawkins, P. (2007). The means & ends of religiosity: A fresh look at Gordon Allport's religious orientation dimensions. *Personality and Individual Differences, 42*, 1609-1620. doi: 10.1016/j.paid.2006.10.034
- Torskenæs, K. B., & Kalfoss, M. H. (2013). Translation and focus group testing of the WHOQOL Spirituality, Religiousness, and Personal Beliefs Module in Norway. *Journal of Holistic Nursing, 31*, 25-34.

U

- Uchino, B. (2004). *Social Support & Physical Health: Understanding the Health Consequences of Relationships*. New Haven: Yale University Press.
- UNESCO (2010). *Educação, um tesouro a descobrir*. Retirado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>

V

- Van Olphen, J., Schulz, A., Israel, B., Klem, L., Parker, E., & Williams, D. (2003). Religious Involvement, Social Support, and Health Among African-American Women on the East Side of Detroit. *Journal of General Internal Medicine, 18* (7), 549-557.
- Vásquez, A. (2005). De las religiones a la espiritualidade. *Iglesia Viva-Revista de Pensamiento Cristiano, 222* (2), 7-40.
- Vaz Serra, A. (1994). *IACLIDE - Inventário de Avaliação Clínica da depressão*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S. Quartilho, M.J. ...Paredes, T. (2006a). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da

Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40.

Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S. Quartilho, M.J. ...Paredes, T. (2006b). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.

Verdugo, M., Navas, P., Gómez, L., & Schalock, R. (2012). The concept of quality of life and its role in enhancing human rights in the field of intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability*, 56 (11), 1036–1045. doi: 10.1111/j.1365-2788

Vilar, M., Simões, M. R., Lima, M. P., Cruz, C., Sousa, L. B., Sousa, A. R., & Pires, L. (2014). Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: A metodologia de grupos focais na avaliação da qualidade de vida em adultos idosos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 37, 71-95.

Vilar, M., Sousa, L. B., & Simões, M. R. (2016). The European Portuguese WHOQOL-OLD module and the new facet Family/Family life: Reliability and validity studies. *Quality of Life Research*, 25, 2367-2372.

Villiers, P. (1999). The rise and the nature of Feminist Spirituality. *HTS – Theologiese Studies/Theological Studies*, 55 (4), 883-908.

Vohs, K. D. & Schooler, J. W. (2008). The Value of Believing in Free Will: Encouraging a Belief in Determinism Increases Cheating. *Association for Psychological Science*, 19 (1), 49-54. Retirado de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9280.2008.02045.x>

X

Xausa, I. (1986). *A Psicologia do sentido da vida*. Petrópolis: Editora Vozes.

W

Wachholtz, A. B., Pearce, M. J., & Koenig, H. (2007). Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *Journal Behavioral Medicine*, 30(4):311-8. doi: 10.1007/s10865-007-9114-7

- Weisberg, Y. J., DeYoung, C. G., & Hirsh, J. B. (2011). Gender differences in personality across the ten aspects of the Big Five. *Frontiers of Psychology Journal*, 2, 1-11. doi: 10.3389/fpsyg.2011.00178
- Whittaker, J. K., & Gabarino, J. (1983). *Social Support networks - informal helping in the Human services*. New York: Aldine Publication.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of mental Health*, 23(3), 24-56.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- WHOQOL Group (1998). Development of World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- WHOQOL SRPB Group. (2002). *WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) Field-Test Instrument*. Retirado de http://www.who.int/mental_health/media/en/622.pdf
- WHOQOL SRPB Group (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62, 1486-1497.
- World Health Organization (1985). *Handbook of the Resolutions and Decisions of the World Health Assembly and the Executive Board. Vol II, 1973-1984*. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/wha_eb_handbooks/9241652063_Vol2.pdf
- World Health Organization (1998). *Handbook of the Resolutions and Decisions of the World Health Assembly and the Executive Board. Vol II, 1973-1984*. Retirado de http://whqlibdoc.who.int/wha_eb_handbooks/9241652063_Vol2.pdf
- World Health Organization (1998). *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB). Report on WHO Consultation*. Geneva: WHO
- World Health Organization (2004). *The Global Burden of Disease*. Retirado de http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
- World Health Organization (2012). *Depression: A Global Crisis*. Retirado de http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf

- World Health Organization (s. d.). *Gender Disparities in mental Health*. Retirado de http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf?ua=1
- Worthington, E., Jr., & Aten, J. (2009). Psychotherapy with religious and spiritual clients: An introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 123–130.
- Worthington, E., Jr., Hook, J., Davis, D., & Mcdaniel, M. (2011). Religion and Spirituality. *Journal of clinical psychology*, 67 (2), 204-214.
- Wrosch, C., & Scheier, M. F. (2003). Personality and quality of life: The importance of optimism and goal adjustment. *Quality of Life Research*, 12, 59-72. doi: 10.1023/A:1023529606137
- Wu, Y., Reiter-Purtill, J., & Zeller, M. (2014). The role of Social Support for promoting Quality of Life among persistently obese adolescents: importance of support in Schools. *Journal of School Health*, 84 (2), 99-105. doi: 10.1111/josh.12129

Z

- Zinnbauer, B., & Pargament, K. (2005). Religiouness and Spirituality. In R. Paloutzian, & C. Park (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (pp. 21-42). New York: The Guilford Press.
- Zinnbauer, B., Pargament, K., Cole, B., Rye, M., Butter, E., Belavich, T., ... Kadar, J. (1997). Religion and Spirituality: unfuzzing the fuzzy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 36 (4), 549-564.

Legislação

Código Civil Português

Constituição da República Portuguesa

Convenção Europeia dos Direitos do Homem

Declaração Universal dos Direitos do Homem

DL 184/2004 de 29 de julho

DL 75/2010 de 23 de junho

ANEXOS

Anexo A | **Autorização da Organização Mundial de Saúde, na pessoa do
Dr. Mark van Ommeren para utilização do WHOQOL-SRPB**

From: VAN OMMEREN, Mark Humphrey

Subject: WHOQOL-SRPB_validation of portuguese version

Dear Ms Catré

Thank you for the translation of the WHOQOL-SRPB into Portuguese of Portugal following the instructions of WHO. I agree that you use and validate this into an European Portuguese WHOQOL-SRPB Field-Test Instrument

We give you permission to use and validate the WHOQOL- SRPB for your language, provided that in your reports you will acknowledge fully that the instrument has been developed by the WHOQOL Group and cite the web URL and that you send us a copy of the work.

Best wishes,

Dr Mark van Ommeren
WHO NMH MSD

Anexo B | **Carta de apresentação do projeto dirigida a várias entidades, entre as quais, as Comunidades Religiosas, solicitando a sua participação e respetivo pedido de autorização**

Síntese do projeto enviado em anexo à carta de apresentação

De: **nazarete catré**

Assunto: Pedido_projeto de investigação

Exmos Senhores

O meu nome é Nazarete Catré, frequento o Curso de Doutoramento Interuniversitário de Psicologia da Educação na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob a orientação do Professor Doutor Joaquim Armando Ferreira e Doutora Teresa Pessoa e encontro-me a desenvolver um Estudo na área da espiritualidade e da religiosidade associadas à qualidade de vida.

Um dos instrumentos de medida que irei utilizar nesse estudo é o WHOQOL-SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*), da Organização Mundial de Saúde, que pretendo validar para a população Portuguesa e para o qual tenho já a devida autorização daquele organismo.

Aquela Organização Mundial determina um conjunto de orientações a que deve obedecer essa validação entre as quais um prévio estudo qualitativo através da constituição de *focus group* sendo vários os grupos propostos pela OMS, entre os quais, os de religiões com representatividade em Portugal.

Esses grupos focais têm como principais objetivos os seguintes:

- a) Analisar o questionário da OMS, WHOQOL-SRPB, aferindo, entre outros aspetos, a compreensibilidade das suas facetas e questões;
- b) Rever e modificar as definições das facetas propostas pelo questionário da Organização Mundial de Saúde;
- b) Gerar naquele questionário alguma faceta adicional que se revele importante para a qualidade de vida associada à espiritualidade, religiosidade e/ou crenças pessoais dos indivíduos.

Venho, pois, por este meio, solicitar a vossa colaboração na realização deste estudo, anexando uma síntese do projeto relativo a esta fase do trabalho, esperando que a mesma se revele elucidativa do que se pretende com o mesmo, disponho-me, desde já, a esclarecer eventuais dúvidas que possam surgir.

Envio em anexo uma Síntese do meu Projeto de investigação, relativa aos *focus groups*.

Mais solicito que me informem da viabilidade, ou não, da vossa participação no referido estudo, requerendo, em caso afirmativo, qual a data em que, de acordo com a vossa disponibilidade, tal possa ter lugar.

Grata pela atenção dispensada, subscrevo-me respeitosamente,

Nazarete Catré



**Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
da Universidade de Coimbra**



**Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação
da Universidade de Lisboa**

Programa Inter-Universitário de Doutoramento em Psicologia da Educação
Curso de Formação Avançada

ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE, CRENÇAS PESSOAIS E QUALIDADE DE VIDA

Doutoranda:

Maria Nazarete Soares da Silva Costa Catré

Orientadores:

Professor Doutor Joaquim Armando Ferreira
Doutora Teresa Pessoa

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Coimbra, 2012

INDICE

Enquadramento teórico - Síntese

O domínio SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) e a qualidade de vida

Os grupos focais como metodologia

Os grupos focais e o WHOQOL-SRPB

Duração da sessão/debate

Procedimentos

Referências

ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE, CRENÇAS PESSOAIS E QUALIDADE DE VIDA

Palavras-chave: espiritualidade, religião, religiosidade, crenças pessoais e qualidade de vida.

Resumo

Considerando o papel que, quer a espiritualidade, quer a religiosidade, desde sempre evidenciaram ter, nos mais variados aspetos da vida das pessoas, pretende-se, nesta fase, desenvolver um trabalho com grupos focais constituídos por pessoas das várias comunidades religiosas com representatividade em Portugal, com vista à validação da versão portuguesa de um instrumento de medida/questionário, o WHOQOL-SRPB, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (mais concretamente por um grupo criado *ad hoc*, o WHOQOL-SRPB Group) para avaliar o domínio SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) da qualidade de vida.

De acordo com as orientações do WHOQOL-SRPB Group, e apesar daquele instrumento de medida ser dotado de transculturalidade, após a tradução do instrumento para uma Língua de um determinado país (a qual segue igualmente regras próprias), torna-se necessário que o mesmo seja discutido por conjuntos de pessoas de religiões distintas bem como por pessoas não crentes que irão, juntamente com os restantes grupos focais, contribuir para que, entre outros aspetos, o referido questionário possa ser adaptado à cultura, e como tal à realidade desse país, neste caso Portugal.

Enquadramento teórico - Síntese

I. O domínio SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) e a Qualidade de vida

As investigações que se vão desenvolvendo no âmbito da qualidade de vida são indicativas das preocupações em torno das quais o conceito anda intimamente

associado: as que se prendem com aspetos essenciais da existência humana. Como referem Dasgupta e Majumdar (2000) a qualidade de vida, “por definição, cobre todos os aspetos da experiência de vida dos indivíduos. Engloba *status* funcional, o acesso a recursos e a oportunidades. Abarca a satisfação material das necessidades básicas do ser humano mas também aspetos da vida como a família, o trabalho, a vida social, desenvolvimento pessoal, autorrealização e um ecossistema equilibrado” (p. 66).

Apresentando componentes objetivas (que podem ser avaliadas p. ex. através de parâmetros económicos) e subjetivas (Schalock & Verdugo, 2007), uma parte significativa dos estudos, que se foram desenvolvendo sobre qualidade de vida, revelou que estas últimas componentes influenciam diretamente a qualidade de vida dos indivíduos, sendo nesta perspetiva que se situará este nosso plano de trabalho uma vez que partiremos da definição dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para desenvolver este nosso estudo.

Diz-nos aquela Organização Mundial que a qualidade de vida consiste na “perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos e expectativas, padrões e preocupações” (Canavarro et al., 2007, p. 77). Trata-se de um conceito amplo e multidimensional que se situa dentro da visão holística de saúde tal como é defendida pela Organização Mundial de Saúde, como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (*Constitution of World Health Organization*, 1946, p. 1).

Apesar de não estar, ainda, incorporada a dimensão espiritual no conceito de saúde preconizado pela Organização Mundial de Saúde, esta tem vindo a desenvolver projetos que contemplam aquela dimensão, um deles, justamente, no domínio da qualidade de vida.

Ao operacionalizar o constructo de qualidade de vida, anteriormente enunciado, a OMS acabou por prever, nos instrumentos de medida que foram criados pelo *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL-Group) - o WHOQOL-100 e o WHOQOL-Bref, respetivamente uma versão inicial, mais longa, e uma versão breve do primeiro - não só os domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais e ambiente, mas também o domínio da espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Este domínio é composto, naquela

versão mais longa – o WHOQOL-100 – por um módulo com quatro questões e, segundo Fleck, Borges, Bolognesi, e Rocha (2003), aquelas quatro questões mostraram-se “insuficientes em testes de campo realizados em vários centros. Assim, o Grupo de qualidade de vida decidiu desenvolver aquele módulo do WHOQOL-100 (destinado a avaliar esta a dimensão espiritual), dentro de uma perspetiva trans-cultural” (p. 448). Isto porque o domínio SRPB (*Spirituality, Religiosity e Personal Beliefs*) revelou ser um dos aspetos centrais da qualidade de vida das pessoas, quer de pacientes, quer de profissionais de saúde, quer ainda de pessoas da comunidade em geral, das mais diversas culturas, sendo de salientar que os seus *itens* foram, inclusivamente, “sugeridos e recomendados por grupos focais como sendo aspetos (...) que faziam parte da sua qualidade de vida” (Fleck & Skevington, 2007, p. 147).

Foi assim, desta forma, que, a partir de um estudo piloto que foi feito ao nível de 18 Centros espalhados por todo o mundo, a OMS, através de um grupo criado *ad hoc*, o WHOQOL-SRPB Group, desenvolveu o WHOQOL-SRPB, um instrumento de medida destinado a avaliar o domínio SRPB (*Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) da qualidade de vida, composto por 32 questões, o qual tem vindo a ser aplicado por todo mundo, sendo este o instrumento de medida que se pretende validar para a população portuguesa e para a qual já se obteve a devida autorização da OMS.

II. Os grupos focais como metodologia

Este tipo de metodologia – grupos focais - aparece pela primeira vez na área do *marketing*, tendo-se tornado, depois, um método muito popular na recolha de dados na década de 70 do século XX. Passou, assim, a ser utilizado nas mais diversas áreas: antropologia, educação, saúde...

Ainda que não desenvolvido de forma sistemática como metodologia nas ciências sociais, vem, no entanto, ganhando terreno neste campo pelas vantagens que o mesmo tem revelado ao nível da investigação designadamente porque como refere Gatti (2005, p. 9) “há interesse não somente no que as pessoas pensam e expressam, mas também em como elas pensam e por que pensam.”

É, pois, na troca e interação entre os participantes que as questões vão ganhando sentido, sendo, por isso, que os grupos focais têm vindo, cada vez mais, a serem utilizados como metodologia para explorar tópicos, conceitos, questões.

O recrutamento dos participantes do grupo focal deve ser feito tendo presente o objeto de cada estudo que se pretende realizar. Krueger (2000), fornecendo as *guidelines* para o *design* e a condução dos grupos focais, refere a necessidade de um grupo focal ser composto, preferencialmente, de 6 a 8 indivíduos. Duas razões históricas justificam, segundo Zuckerman-Parker e Shank (2008), esta preferência: a primeira tem por base a experiência dos grupos que são utilizados em terapia. Entende-se que grupos de dimensão menor não facilitam o que o autor designa por “massa crítica” para que haja lugar a uma adequada discussão. Isto porque os grupos se baseiam na interação das pessoas, das suas reações emocionais, as quais permitem aferir o como e o porque as pessoas acreditam e de que forma acreditam. A segunda assenta na experiência dos grupos focais utilizados no *marketing*, onde foi utilizada, pela primeira vez, como se referiu já, esta técnica. Neste campo, tem-se entendido que é necessário que o grupo seja equilibrado e representativo das preferências e preocupações dos consumidores, para permitir, simultaneamente aferir, de forma detalhada, as razões dessas preferências e/ou preocupações, entendendo-se que tal acontece se o grupo tiver entre 6 a 12 participantes.

III. Os grupos focais e o WHOQOL-SRPB

Estabelecendo a Organização Mundial de Saúde todo um protocolo que deverá ser seguido para que o WHOQOL-SRPB possa ser validado em cada país, um das etapas de trabalho que aquele Organismo apresenta, consiste na necessidade de constituir grupos focais. Foram, assim, definidos, pelo WHOQOL-SRPB Group, os seguintes grupos focais cuja composição se enuncia:

- profissionais de saúde (independentemente das suas crenças religiosas);
- pessoas com doenças agudas e/ou crónicas (independentemente das suas crenças religiosas); doentes em recuperação e/ou recuperados; doentes em geral.
- membros da religião dominante;
- ateus;

- membros de comunidades/ grupos religiosas(os) com representatividade no país.

Pretende-se, assim, que cada um destes grupos, partindo do conceito de qualidade de vida supra enunciado, bem como das facetas e das perguntas propostas pelo WHOQOL-SRPB, se possa pronunciar sobre os domínios e dimensões previstos nesse instrumento de medida. Ao debatê-los, poderão, assim, aqueles grupos focais, propor questões adicionais para as facetas já existentes ou sugerir, ainda, outras facetas nos diferentes domínios, facetas essas que, para se manterem coerentes com todo o questionário, deverão ter, pelo menos, quatro questões e serão anexadas ao instrumento original como perguntas adicionais nacionais. Isto porque, apesar de ter sido concebido como um instrumento de medida transcultural, o WHOQOL-SRPB é recetivo à cultura e realidade de cada país.

Sintetizando, constituem, pois, objetivos específicos desta etapa de trabalho, os seguintes:

- a) Analisar o questionário da OMS, WHOQOL-SRPB, aferindo, entre outros aspetos, a compreensibilidade das suas facetas e questões;
- b) Rever e modificar as definições das facetas propostas pelo questionário da Organização Mundial de Saúde;
- b) Gerar naquele questionário alguma faceta adicional que se revele importante para a qualidade de vida associada à espiritualidade, religiosidade e/ou crenças pessoais dos indivíduos (Fleck, Borges, Bolognesi, e Rocha, 2003).

1. Duração da sessão/debate

Prevê-se que o grupo focal reúna uma única vez, por um período não superior a duas horas, dependendo, no entanto, a reunião, da discussão que se gere em torno de cada uma das facetas e/ou questões que fazem parte do WHOQOL-SRPB.

2. Procedimentos

- a) Será dado conhecimento prévio, aos participantes, dos objetivos da reunião e do *modus operandi*, bem como será prestado o esclarecimento sobre o cariz da sua participação, a qual deve ser voluntária, podendo haver lugar a uma desistência de colaboração, em qualquer momento, bastando para tal que a pessoa manifeste, expressamente, essa sua intenção.
- b) Os investigadores neste Projeto (Doutoranda e respetivos orientadores) comprometem-se a garantir a confidencialidade sobre os dados que forem fornecidos pelos participantes e a utilizar esses dados somente para fins de investigação, de forma coletiva, nunca individual e/ou individualizante.
- c) Os participantes assinarão uma declaração na qual dão o seu consentimento para participar no Projeto de investigação.
- d) Os participantes preencherão, ainda, uma ficha relativa aos dados sociodemográficos (entre outros, idade, estado civil, habilitações literárias, religião...), que é anónima e se destina exclusivamente a efetuar uma caracterização do grupo focal ou seja, em termos coletivos.
- e) Seguir-se-á o debate em torno dos conceitos que estão em causa no questionário (WHOQOL-SRPB - *Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*), designadamente os de qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais bem como em torno das várias facetas e questões desse instrumento de medida, para análise da sua compreensibilidade e da possibilidade, ou não, de inclusão de novas facetas/perguntas naquele instrumento de medida/questionário.
- f) No final, cada participante preencherá, individual e anonimamente uma escala para aferir o grau de importância que dá a cada faceta do referido questionário, cujos dados serão objeto, igualmente, de tratamento coletivo.

Referências

- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., ... Carona, C. (2007). WHOQOL-BREF: Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Org.), *Avaliação Psicológica-Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 77-99). Coimbra: Quarteto.
- Constitution of World Health Organization.* (1946). Retirado de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- Dasgupta, S. & Majumdar, S. (2000). Sense of well-being and perceived quality of life. In E. Diener, & D. Rahtz (Edits.), *Advances in Quality of Life Theory and Research* (pp. 65-81). Dodrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Fleck, M. P., Borges, Z., Bolognesi, G., & Rocha, N. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 446-455.
- Fleck, M. P., & Skevington, S. (2007). Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Supl. 1), 146-149.
- Gatti, B. (2005). *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília: Líber Livro.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2000). *Focus group: A practical guide for applied research* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Schalock, R. & Verdugo, M. (2007). The concept of quality of life in services and supports for people with intellectual disabilities. *Siglo Cero*, 38, 21-36.
- Zuckerman-Parker, M. & Shank, G. (2008). The Qualitative Report, 13 (4) 630-635. Retirado de <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR13-4/zuckerman-parker.pdf>

Anexo C

Guião para condução dos grupos focais

Consentimento informado para participação nos grupos focais

Ficha de dados sociodemográficos

Escala para aferir o grau de importância das facetas do WHOQOL-SRPB

GRUPOS FOCAIS

[GUIÃO]

- Fazer uma apresentação da Equipa de investigação e dos Participantes.
- Dar a conhecer o estudo que se pretende desenvolver:
 - “Espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em Profissionais da Educação”
 - Utilização de vários instrumentos de medida da OMS para avaliar a qualidade de vida, entre os quais o WHOQOL-SRPB, que avalia a qualidade de vida associada à espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais.
- Informar sobre os objetivos do estudo, o papel dos investigadores e dos participantes.
- Falar na questão da gravação, se alguém se opõe. Caso alguém o faça, entregar a folha do consentimento informado onde não consta a gravação. Se ninguém se opuser, dar a folha do consentimento informado na qual consta a gravação.
- Antes de avançar com mais detalhes sobre o questionário, fazer um *Brainstorming* sobre os conceitos para aferir o que cada participante entende por:
 - qualidade de vida
 - espiritualidade
 - religiosidade
 - crenças pessoais
 - Se e em que medida e/ou aspetos uns e outros conceitos se correlacionam. Centrar na questão “Como é que a espiritualidade, a religiosidade e as crenças pessoais se relacionam e/ou interferem na qualidade de vida de uma pessoa?”
- Apresentar os conceitos tal como a OMS os definiu:
 - qualidade de vida – *perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos e*

expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL-Group, 1994; Canavarro et al., 2007, p. 77)

- Trata-se de um conceito amplo e multidimensional que se situa dentro da visão holística de saúde tal como é defendida pela Organização Mundial de Saúde: *um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade* (*Constitution of World Health Organization*, 1946, p. 1).
 - Referir a dimensão espiritual do ser humano, definida por Ross (1995, p. 458), que esteve subjacente ao desenvolvimento do WHOQOL-SRPB.
 - Ver Fleck, Borges, Bolognesi, e Rocha (2003, p. 448) sobre a definição dos conceitos – espiritualidade; religiosidade e crenças pessoais.
- Fazer uma introdução sobre o desenvolvimento do instrumento de medida que se pretende validar, com referência ao WHOQOL-100 que avalia a qualidade de vida em geral em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente, espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais e, em Portugal a faceta adicional “o poder político” que surgiu aquando da discussão do instrumento pelos grupos focais. Centrar no domínio espiritualidade/religião/crenças pessoais: ao operacionalizar o constructo de qualidade de vida, anteriormente enunciado, a OMS acabou por prever, no WHOQOL-100, um instrumento de medida desenvolvido pelo *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL-Group), o domínio da espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais. Este domínio é composto por quatro questões, naquela versão mais longa e, segundo Fleck et al. (2003), aquelas quatro questões mostraram-se “insuficientes em testes de campo realizados em vários centros. Assim, o grupo de avaliação da qualidade de vida da OMS decidiu desenvolver um módulo do WHOQOL-100 específico para avaliar esta dimensão (leia-se dimensão espiritual), dentro de uma perspetiva trans-cultural” (p. 448). Isto porque o domínio SRPB (*Spirituality, Religiosity and Personal Beliefs*) revelou ser um dos aspetos centrais da qualidade de vida das

peças, quer de pacientes, quer de profissionais de saúde, quer ainda de pessoas da comunidade em geral, tendo os seus *itens* sido, inclusivamente, “sugeridos e recomendados por grupos focais como sendo aspetos (...) que faziam parte da sua qualidade de vida” (Fleck & Skevington, 2007, p. 147).

- O WHOQOL-SRPB foi desenvolvido a partir do estudo piloto realizado em 18 Centros espalhados por todo o mundo, tendo como resultado as 32 questões distribuídas por oito facetas consideradas pelo WHOQOL-GROUP como sendo aquelas que se revelaram mais significativas para as pessoas nesse estudo.
- Apresentar primeiramente as várias facetas:
 1. *Ligação a um ser ou força espiritual;*
 2. *Sentido da vida;*
 3. *Admiração;*
 4. *Totalidade e integração;*
 5. *Força espiritual;*
 6. *Paz interior/serenidade/harmonia;*
 7. *Esperança e otimismo;*
 8. *Fé*
- Fazer um brainstorming sobre a interpretação que cada participante faz de cada uma das facetas.
- Analisar a compreensibilidade de cada faceta.
- Questionar em que medida cada uma destas facetas afeta ou pode afetar a qualidade de vida das pessoas.
- Apresentar cada faceta separadamente, com as respetivas questões e dialogar sobre as mesmas, analisando a forma como estão redigidas, a adequação das mesmas à respetiva faceta, a sua compreensibilidade...
- Questionar sobre a inclusão ou não de novas perguntas para cada faceta.
- Depois de analisar todas as facetas, questionar sobre a inclusão ou não de nova(s) faceta(s).
- No final entregar a cada participante a escala, a preencher individualmente, para aferir o grau de importância de cada faceta.

INFORMAÇÃO SOBRE A INVESTIGAÇÃO – Anuência prévia na Gravação

Validação da versão do instrumento de medida da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-SRPB (Instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais) para Portugêses de Portugal

Pretendendo-se dar início ao processo de validação da versão Portuguesa de Portugal do instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (WHOQOL-SRPB), nesta etapa da investigação, em obediência ao que dispõe o protocolo da Organização Mundial de Saúde, através dos WHOQOL-Group e WHOQOL-SRPB Group, são constituídos grupos focais, com os seguintes objetivos: “gerar itens para a inclusão no questionário do WHOQOL-SRPB; revisar e modificar as definições das facetas propostas pelo painel de “experts”; gerar qualquer faceta adicional que seja importante à qualidade de vida e espiritualidade, religiosidade e crenças de uma pessoa” (Fleck, Borges, Bolognesi, & Rocha (2003)¹.

Papel dos participantes: Pretende-se a sua colaboração para constituir um dos grupos focais destinado a analisar e debater o teor do instrumento de medida da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-SRPB, designadamente no que respeita às facetas e às questões que o mesmo apresenta. Os participantes deverão pronunciar-se, entre outros aspetos, sobre a sua adequação e as definições nele constantes, propondo modificações às facetas já existentes e/ou acrescentando outras que considerem pertinentes. Pretende-se, ainda, a sua colaboração no preenchimento de uma ficha de recolha de dados pessoais, a qual, sendo anónima, é preenchida exclusivamente para se poder efetuar uma caracterização do grupo focal, ou seja, uma caracterização em termos coletivos. Será feita a gravação da sessão com o grupo focal desde que cada participante dê a sua autorização nos termos infra descritos.

Papel dos Investigadores: Os investigadores deste projeto comprometem-se a garantir a confidencialidade dos dados que forem fornecidos pelos (as) participantes neste estudo e a utilizar esses dados somente para fins de investigação, de forma coletiva. Mais se comprometem a garantir a liberdade das pessoas contactadas para fazer parte do grupo focal para poderem manifestar a sua recusa em fazê-lo, bem como garantir a liberdade dos participantes no estudo para que possam desistir a qualquer momento, caso manifestem expressamente, numa e noutra situação, essa sua intenção, sem que tal acarrete quaisquer consequências para os mesmos.

_____, _____, _____, _____
A Doutoranda

Os Orientadores

¹ Revista de Saúde Pública nº 37 (4), pp. 446-55

✂.....

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, declaro ter sido devidamente informado e esclarecido sobre os objetivos e procedimentos relativos ao estudo e ao grupo focal do qual aceito, de livre vontade, fazer parte, contribuindo dessa forma para o Projeto de investigação que se propõe validar a *versão do Instrumento da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-SRPB (Instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais) para Portugêses de Portugal*. Declaro, também, ter plena consciência que poderia ter recusado fazê-lo e que, embora tenha aceitado livremente fazer parte deste estudo e, como tal, deste grupo focal, posso, a qualquer momento, desistir de participar do mesmo, sem que tal acarrete quaisquer circunstâncias para mim. Mais declaro estar ciente do meu papel enquanto participante neste estudo. Assim, declaro, para os devidos efeitos, que aceito participar no mesmo. Declaro, também, que autorizo que seja feita a gravação do que for por mim dito no decurso da sessão, apenas para efeitos de investigação, não podendo ser utilizada para quaisquer outros fins, a não ser a recolha de dados gerais.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura:

INFORMAÇÃO SOBRE A INVESTIGAÇÃO – Não concordância prévia na Gravação

Validação da versão do instrumento de medida da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-SRPB (Instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais) para Português de Portugal

Pretendendo-se dar início ao processo de validação da versão Portuguesa de Portugal do instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (WHOQOL-SRPB), nesta etapa da investigação, em obediência ao que dispõe o protocolo da Organização Mundial de Saúde, através dos WHOQOL-Group e WHOQOL-SRPB Group, são constituídos grupos focais, com os seguintes objetivos: “gerar itens para a inclusão no questionário do WHOQOL-SRPB; revisar e modificar as definições das facetas propostas pelo painel de “experts”; gerar qualquer faceta adicional que seja importante à qualidade de vida e espiritualidade, religiosidade e crenças de uma pessoa” (Fleck, Borges, Bolognesi, & Rocha (2003)¹.

Papel dos participantes: Pretende-se a sua colaboração para constituir um dos grupos focais destinado a analisar e debater o teor do instrumento de medida da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-SRPB, designadamente no que respeita às facetas e às questões que o mesmo apresenta. Os participantes deverão pronunciar-se, entre outros aspetos, sobre a sua adequação e as definições nele constantes, propondo modificações às facetas já existentes e/ou acrescentando outras que considerem pertinentes. Pretende-se, ainda, a sua colaboração no preenchimento de uma ficha de recolha de dados pessoais, a qual, sendo anónima, é preenchida exclusivamente para se poder efetuar uma caracterização do grupo focal, ou seja, uma caracterização em termos coletivos.

Papel dos Investigadores: Os investigadores deste projeto comprometem-se a garantir a confidencialidade dos dados que forem fornecidos pelos (as) participantes neste estudo e a utilizar esses dados somente para fins de investigação, de forma coletiva. Mais se comprometem a garantir a liberdade das pessoas contactadas para fazer parte do grupo focal para poderem manifestar a sua recusa em fazê-lo, bem como garantir a liberdade dos participantes no estudo para que possam desistir a qualquer momento, caso manifestem expressamente, numa e noutra situação, essa sua intenção, sem que tal acarrete quaisquer consequências para os mesmos.

_____ / _____ / _____
A Doutoranda

Os Orientadores

¹ Revista de Saúde Pública nº 37 (4), pp. 446-55

✂.....

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, declaro ter sido devidamente informado e esclarecido sobre os objetivos e procedimentos relativos ao estudo e ao grupo focal do qual aceito, de live vontade, fazer parte, contribuindo dessa forma para o Projeto de investigação que se propõe validar a *versão do Instrumento da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-SRPB (Instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais) para Português de Portugal*. Declaro, também, ter plena consciência que poderia ter recusado fazê-lo e que, embora tenha aceitado livremente fazer parte deste estudo e, como tal, deste grupo focal, posso, a qualquer momento, desistir de participar do mesmo, sem que tal acarrete quaisquer circunstâncias para mim. Mais declaro estar ciente do meu papel enquanto participante neste estudo. Assim, declaro, para os devidos efeitos, que aceito participar no mesmo.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura:

Dados pessoais

(Todas as questões relevam apenas para efeitos estatísticos, em termos coletivos, não individuais e/ou individualizantes)

Por favor, assinale com um **X** as questões cujas respostas têm um quadrado e/ou um retângulo à frente.

1. **Sexo** Masculino
Feminino

D M A

2. **Idade** _____ anos 3. **Data de nascimento** ___/___/_____

4. **Estado civil**

Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
Casado(a)	<input type="checkbox"/>
União de facto	<input type="checkbox"/>

Separado(a)	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

5. **Nível de escolaridade:**

Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
Escola Primária/1º Ciclo	<input type="checkbox"/>
Escola Preparatória/2º Ciclo	<input type="checkbox"/>
3º Ciclo	<input type="checkbox"/>
Antigo Liceu/Escola Secundária (10º/11º/12º)	<input type="checkbox"/>
Bacharelato	<input type="checkbox"/>

Licenciatura	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>
Doutoramento	<input type="checkbox"/>
Outro. Qual?	<input type="checkbox"/>

6. **Caso não tenha concluído o nível de escolaridade, indique até que ano estudou**

7. **Profissão**

8. Residência

Freguesia	
Concelho	
Distrito	

9. Como está a sua saúde? Desenhe um círculo à volta do número que corresponde ao que considera que se aplica a si.

Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
1	2	3	4	5

10. Está atualmente doente?

Sim	
Não	

11. Que doença tem? _____

12. Há quanto tempo? _____

13. Tratamento

Sim	
não	

13.1. Qual o regime de tratamento?

Medicação		Consulta externa		Internamento	
Outro		Qual?			

14. Em que medida se considera uma pessoa religiosa? Desenhe um círculo à volta do número que corresponde ao que considera que se aplica a si.

Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1	2	3	4	5

15. Para além de batizados, casamentos e funerais, quantas vezes recorre e/ou assiste a serviços religiosos?

Todos os dias	
Mais do que uma vez por semana	
Uma vez por semana	
Uma ou duas vezes por mês	
Algumas vezes por ano	
Raramente	
Nunca	

16. Qual a sua afiliação religiosa?

Nenhuma	
Católica romana	
Protestante (Baptista, Adventista, Metodista, Pentecostal, Evangélica, etc)	
Ortodoxa	
Judaica	
Muçulmana	

Hindu	
Budista	
Testemunha de Jeová	
Mormon	
Outra. Qual?	

17. Em que medida se considera como fazendo parte de uma comunidade religiosa? Desenhe um círculo à volta do número que corresponde ao que considera que se aplica a si.

Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1	2	3	4	5

18. Se pertence a uma comunidade religiosa, indique qual
-

19. Em que medida tem Crenças espirituais? Desenhe um círculo à volta do número que corresponde ao que considera que se aplica a si.

Nenhumas	Poucas	Nem muitas nem poucas	Muitas	Muitíssimas
1	2	3	4	5

20. Em que medida tem Crenças pessoais fortes? Desenhe um círculo à volta do número que corresponde ao que considera que se aplica a si.

Nenhumas	Poucas	Nem muitas nem poucas	Muitas	Muitíssimas
1	2	3	4	5

21. Até que ponto a religião é importante na sua vida? Desenhe um círculo à volta do número que corresponde ao que considera que se aplica a si.

Nada importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muitíssimo importante

22. Gostaria de fazer algum comentário a este questionário e/ou estudo?

OBRIGADA PELA SUA AJUDA!

GRUPOS FOCAIS

Escala para aferir o grau de importância de cada uma das facetas do WHOQOL-SRPB

Assinale, fazendo um círculo à volta do número correspondente, para cada faceta, o grau de importância que a mesma tem para si.

1. Até que ponto a Faceta SP1. *Ligação a um ser ou força espiritual* é importante para si?

Nada importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muitíssimo importante

2. Até que ponto a Faceta SP2. *Sentido da vida* é importante para si?

Nada importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muitíssimo importante

3. Até que ponto a Faceta SP3. *Admiração* é importante para si?

Nada importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muitíssimo importante

4. Até que ponto a Faceta SP4. *Totalidade e integração* é importante para si?

Nada importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muitíssimo importante

5. Até que ponto a Faceta SP5. *Força espiritual* é importante para si?

Nada importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muitíssimo importante

6. Até que ponto a Faceta SP6. *Paz interior/serenidade/harmonia* é importante para si?

Nada importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muitíssimo importante

7. Até que ponto a Faceta SP7. *Esperança e otimismo* é importante para si?

Nada importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muitíssimo importante

8. Até que ponto a Faceta SP8. *Fé* é importante para si?

Nada importante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muitíssimo importante

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO !

Anexo D | Análise do conteúdo dos grupos focais

Análise qualitativa

Grupos focais

Apesar de se encontrar publicado um artigo científico relativo a esta etapa do estudo de validação da versão em Português Europeu do WHOQOL—SRPB (cf. Costa Catré et al., 2014), apresentamos, em apêndice, de forma mais pormenorizada os resultados obtidos com o nosso estudo qualitativo com grupos focais.

Entendemos fazê-lo dada a riqueza do debate nos 12 grupos focais sobre as temáticas da qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, a qual não pôde ser devidamente contemplada no referido artigo científico, em virtude do seu número reduzido de páginas.

A codificação de dados, como aí se enuncia, foi feita a partir dos três grandes vetores orientadores da discussão feita nos grupos focais sobre: (1) os conceitos subjacentes no instrumento WHOQOL-SRPB; (2) as definições preconizadas pela OMS; (3) e o instrumento propriamente dito, suas facetas e questões.

Dentro de cada um desses vetores, encontrando-se as categorias já pré-definidas, procedemos à comparação constante dos dados recolhidos que nos permitissem encontrar, nos mesmos, similitudes e/ou diferenças.

Incluímos, nas Tabelas que se seguem, a matriz de codificação facilitadora da sua leitura.

No que concerne ao entendimento de cada grupo focal sobre os conceitos subjacentes no WHOQOL-SRPB, da análise feita aos dados recolhidos resultaram as subcategorias e os indicadores que apresentamos nas Tabelas D1 a D4.

No que respeita às definições preconizadas pela OMS, porque escassas as considerações feitas, não serão apresentadas quaisquer tabelas, a propósito das mesmas.

Relativamente à análise dos dados recolhidos com os grupos focais sobre o instrumento propriamente dito (facetas e respetivas questões), as subcategorias, indicadores e respetiva matriz de codificação serão expostos nas Tabelas D5 a D12.

Conceitos subjacentes no WHOQOL-SRPB

Qualidade de vida

A associação da espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais à qualidade de vida foi feita por todos os grupos focais. Contemplamos aqui algumas unidades de registo ilustrativas dessa associação. No grupo Evangélico, utilizando-se a metáfora da construção de uma casa, foi referido o seguinte:

G9 - Nós lemos, na Bíblia, que se nós construirmos a casa numa rocha ou num monte de areia, quando vier uma cheia, a casa se estiver fundada numa rocha, a casa não vai mas, se estiver na areia, vai junto com a areia. Então as fundações, o pilar é Deus. Tendo uma ligação a Deus, tudo vem por acréscimo. Na nossa qualidade de vida, é isso... Deus é a pedra principal.

Um dos grupos Católico, por sua vez, referiu que a fé cristã e a espiritualidade resolvem, de uma forma concreta, dois problemas - a morte e a falta de amor - que são sentidos pelas pessoas e que as privam de ter uma qualidade de vida:

G6- São, portanto, dois aspetos fundamentais, na fé cristã, que levam a que as pessoas tenham qualidade de vida: não ter medo da morte - a certeza de que Deus tem o poder sobre a morte física, porque ressuscitou Jesus Cristo e ressuscita-nos - e o sentir-se amado por Deus (a ponto de ter dado a sua vida pelo ser humano) e pelos outros (pelo próximo), aspetos que são regeneradores e motivadores para a pessoa.

O grupo de Testemunhas de Jeová referiu, na esteira do que os restantes grupos Cristãos afirmaram, o seguinte:

G12 - Aqueles que têm lealdade para com Deus são aqueles que vivem melhor porque é ele o dador da vida; as pessoas que se deixam guiar por Jesus são bem-sucedidas em todas as componentes da sua vida.

O grupo de Ateus, reconhecendo que existe uma associação entre a religiosidade e a qualidade de vida referiram que:

G4 - As pessoas que têm uma religião, seja ela qual for, é evidente que têm a sensação que a religião as ajuda (...) Eu não vou à igreja, tudo bem e se for só

vou por uma questão quase de obrigação de um funeral, de um casamento, não me lembro de ir à igreja por outros motivos mas aceito e conheço pessoas que se não forem à missa ao domingo e se não tomarem o Senhor e não sei o quê, pá, andam doidas de todo, já parece que não se sentem bem, não sei se percebem o que eu quero dizer...(…) Por isso é que eu queria dizer que a religiosidade, a manifestação que as pessoas têm da religiosidade, eu penso que continua a estar relacionada com o seu próprio bem-estar. Se a pessoa se sente bem indo, porque é que não vai?

Para grupo de Hindus, a sua qualidade de vida está dependente da preparação moral e espiritual que se tenha, alcançando-se a mesma como descrito:

G7 -Em termos de religiosidade, por exemplo, a nossa religião fala muito em meditação. E podemos estar financeiramente mal mesmo a nível da saúde, ou com o stress ou outras dificuldades, a meditação ajuda-nos a superar problemas que nós temos...meditação, yoga...muitas vezes as pessoas dizem que a yoga, associam yoga com ginástica...mas não é ginástica, a yoga, a própria palavra diz...

- Preparação moral, espiritual.

Vista como um conceito amplo por um dos grupos Católico (G5), o conceito de QdV foi caracterizado por todos os grupos como um conceito subjetivo, que depende de cada pessoa, por exemplo, do “que é que cada um acha que para si é bom” (G8); que “para uns pode ser uma coisa e para outros pode ser outra”(G10) e que tudo “depende da forma como a encaramos”(G9).

Foi referido, ainda, pelo grupo de Profissionais de saúde que a QdV varia no tempo, de acordo com as circunstâncias da própria vida. A estas conclusões chegou aquele grupo, a partir das afirmações que foram sendo feitas por cada participante e/ou dos exemplos que foram sendo dados, alguns, inclusive, de carácter mais pessoal, como o que se segue:

G11- Quando o meu marido teve o problema de saúde, e que lhe davam seis meses de vida... Eu dizia até ali que tinha qualidade de vida: eu tinha casa, eu tinha carro, tinha e tenho um emprego estável, tínhamos uma boa qualidade de vida. Só que isso deixou de ser qualidade de vida, para mim. Na altura,

para mim, uma pessoa que tinha qualidade de vida era uma pessoa que tinha um emprego, vivia numa casa de renda e tinha saúde.

Na Tabela D1 apresenta-se a matriz de codificação feita a partir da análise ao conceito da qualidade de vida [categoria pré-definida].

Tabela D1
Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à qualidade de vida

Subcategoria	Indicador	G1- Mestrado n = 20	G2- doentes n = 6	G2- Adventistas n = 8	G4 - Ateus n = 4	G5- Católicos 1 n = 6	G6- Católicos 2 n = 10	G7- Hindus n = 7	G8- Católicos não praticantes n = 7	G9- Evangélicos n = 6	G10- Cuidadores Informais n = 7	G11- Profissionais de saúde n = 6	G912 - Testemunhas de Jeová n = 3
Aspetos materiais	Adquirir o que se necessita						X						
	Satisfação das necessidades básicas					X	X		X				
	Acesso à educação								X				
	Bens materiais					X							
	Dinheiro/suporte financeiro	X			X	X		X	X		X	X	
	Condições de vida				X	X	X	X				X	
	Estabilidade económica					X		X			X		
	Ter emprego				X	X		X	X	X	X		
	Ter conforto					X			X				
	Ter o suficiente para viver de forma digna			X	X	X	X	X	X				X
	Ter um bom nível de vida social									X			
Aspetos Imateriais	Ter tempo para se fazer o que se gosta				X								
	Estabilidade familiar e social	X			X								
	Ter disponibilidade para si e para os outros	X											
	Solidariedade				X								
	Amizade	X											
	Ter sentido para a Vida												
	Coerência				X				X				
	Ausência de preocupações											X	

	Harmonia					X				X			
	Estilo de Vida					X		X					
	Ter noites bem dormidas											X	
	Correção/respeito							X					X
	Estar satisfeito com o que se tem									X		X	X
	Sentir-se amado						X						
	Respeito pelos Direitos Humanos		X							X			
	Ter objetivos e metas					X	X			X		X	
	Ter paz									X			
	Saber ser e saber estar para os outros	X		X	X	X	X	X	X			X	
	Relações pessoais e sociais	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Ter um equilíbrio emocional, com os outros e com a Natureza	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X
	Ter saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Não ter medo da morte						X						
	Deus			X		X	X	X		X			X
	Fé			X		X	X	X		X			X
	Sentido de unidade e integração					X	X						
	Cuidar da Vida interior		X						X				
	Preparação moral e espiritual								X				
	Ter liberdade religiosa e de pensamento					X							
	Associada à espiritualidade	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Associada à religiosidade	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Associada às crenças Pessoais, espirituais e religiosas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Bem-Estar físico, psicológico, Social e espiritual	X		X	X	X	X	X	X			X	
Caraterísticas	Conceito amplo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	subjetivo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Varia no tempo											X	

Espiritualidade

As dificuldades na definição do conceito de espiritualidade aparecem evidenciadas nas unidades de registo que se transcrevem, respetivamente, do grupo de Ateus e do grupo de Católicos não praticantes, sendo que um dos indicadores para essa definição foi a etimologia da palavra ou, então, uma interpretação *a contrario*, por oposição à materialidade:

G4 - Espiritualidade...espírito...Para mim o espírito é aquilo que se opõe ao material, à matéria. É óbvio que o que me faz feliz não são apenas as coisas materiais, obviamente ou nem sequer são só as coisas materiais, o estar bem com as pessoas, ouvir uma música de que gosto, de ler um livro, principalmente até isso, o que gosto, as sensações que isso me dá. Agora, o conceito não consigo bem definir.

G8 – (...) é a negação da materialidade, não foi o que disseste?

- É a maneira de preencher tudo aquilo que a materialidade não me dá.

- Pois.

-Sim, sim...

- Seja música, seja qualquer outra coisa.

- Exato, outras formas de expressão artística, ou se é da própria natureza...

A associação da espiritualidade à religiosidade foi um dos aspetos que mais distinguiu os grupos focais que professavam uma Religião dos restantes grupos, embora pudessem conceber, em termos teóricos que um e outro constructo possam dissociar-se. Transcrevemos aqui, a título exemplificativo, as seguintes unidades de registo dos grupos Católico 1; Católico 2; grupo de Hindus; e do grupo de Testemunhas de Jeová, respetivamente:

G5 - Para nós, pessoalmente, eu acho que sim. Por isso é que há pouco estávamos a confundir os conceitos... Porque, para nós, foi essa a experiência que tivemos. Encontrámos esta “força” que identificamos associada a Deus, identificamos assim porque vamo-la encontrando neste caminho que tem a ver com a religião, que seguimos, sendo através dela que procuramos percorrer esse caminho. Portanto, para nós, sim! Por isso é que há esta identificação forte mas eu também concordo com o X que realmente a

peessoa pode ter muita espiritualidade e não ter religião. Agora, para nós, para este grupo que está aqui, as coisas fundem-se. Para mim, pessoalmente, foi, de facto, o caminho.

G6 – Porque acho que faz parte da minha espiritualidade ter a Religião. Agora não quer dizer que isso seja obrigatório para todos. Viver a religião, em comunidade.

No contexto da espiritualidade elas (religiosidade e crenças) estão interligadas de facto.

G7 - Para nós é igual, a espiritualidade e a religiosidade.

G12 – No fundo, a espiritualidade depende do que se aprende e se põe em prática, do que a Bíblia diz. Nessa medida, para nós, a espiritualidade e a religiosidade não são separáveis.

No caso particular do grupo de Ateus, apesar de admitirem que a ligação à religiosidade possa, ou não, existir, e de, após alguma reflexão sobre o assunto, associarem a espiritualidade nos termos sobreditos, não se identificam, de todo, com a palavra espiritualidade, alegando que “*é o termo em si. Tem a carga que tem*”. Compreendemos melhor esta afirmação com outra que é feita, mais adiante: “*normalmente as pessoas associam a espiritualidade com a religião*”.

No caso do grupo Evangélico, a espiritualidade conduz à religiosidade. Afirma aquele grupo o seguinte:

G9- Não é a religião que nos leva a ser espirituais mas a nossa espiritualidade é que depois vai desembocar na prática da Religião para ajudar quem precisa, é a prática.

Um dos grupos Católico e o de Crentes/Católicos não praticantes, por sua vez, veem, ainda, o conceito da espiritualidade como sendo mais amplo do que o da religiosidade. As unidades de registo que se seguem são demonstrativas do que é consensualmente entendido por esses grupos:

G6- A espiritualidade, eu vejo também como este passo mais à frente, que de facto vejo, e é essa a experiência que nós temos da vida em comunidade e também daquilo que nós temos experimentado na nossa vida. É verdade que até nós temos esta religiosidade natural de tentar explicar coisas que se calhar não seriam explicáveis de outra maneira mas há mais do que isto. Nós

temos uma espiritualidade que nos indica que somos mais do que simplesmente carne e osso (...) já não é apenas uma procura nossa de uma explicação do que não tem explicação, é também acreditar num Deus que vem ter connosco e diz-nos: olha, é verdade, tu procuras um Deus porque eu existo, estou aqui, entrego-me por ti, amo-te como tu és nas tuas dificuldades, no teu pecado, na tua vida e estou aqui para te ajudar. Então isso é a espiritualidade.

G8- Uma pessoa religiosa é espiritual mas uma pessoa espiritual não é, necessariamente, religiosa, ou seja, pode não ser religiosa.

- Exatamente! É isso que eu quero dizer. Não é obrigatória essa associação. A espiritualidade pode estar associada à religiosidade, ou não.

- Pois, espiritualidade, para mim, é mais amplo.

- Sim, a religiosidade afunila!

- A espiritualidade como relação...

No caso dos grupos religiosos, a interioridade, aspeto comum a todos os grupos focais, apareceu reportada à relação com Deus, o que aparece evidenciado nas unidades de registo dos grupos focais Adventista; Evangélico; e de Testemunhas de Jeová, unidades essas que aqui apresentamos, meramente como exemplo:

G3 – A espiritualidade é mais relacional. Nós acreditamos que temos um Deus e relacionamo-nos com Ele (...) A relacional depende mais de mim. É mais íntima.

G9 – É uma forma de dizer espiritualidade para nós. É o relacionamento com Deus.

G12 – A espiritualidade tem a ver com a relação com o dador da vida. É o que nos torna felizes: viver uma relação com Jeová, Deus todo Criador.

No caso dos outros grupos como o dos Ateus cuja unidade de registo, a seguir transcrita, é ilustrativa, aquela interioridade surgiu ligada ao indagar pelo porquê das coisas, ao aprofundar de conhecimentos.

G4 – (...) penso numa pessoa que se afasta das outras, do mundo que vai aprofundar os seus próprios conhecimentos, estar consigo própria. Às vezes ouve-se dizer aqueles indivíduos que se vão...é uma forma de se

aprofundarem os conhecimentos das próprias pessoas. É o afastar-se das coisas mundanas, terrenas para se encontrar a si, enquanto ser, digamos assim...

- Agora estava a pensar, saber por exemplo o porquê das coisas, não é? É um bocado tentar perceber porque é que as coisas são assim e não são de outra forma, o porquê das coisas todas e isso, às vezes, exige alguma reflexão, algum isolamento, desligar do mundo, do quotidiano.

Na Tabela D2 apresenta-se a matriz de codificação feita a partir da análise ao conceito de espiritualidade [categoria pré-definida].

Tabela D2

Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à espiritualidade

Subcategoria	Indicador	G1- Mestrado n = 20	G2- doentes n = 6	G2- Adventistas n = 8	G4 - Ateus n = 4	G5- Católicos 1 n = 6	G6- Católicos 2 n = 10	G7- Hindus n = 7	G8- Católicos não praticantes n = 7	G9- Evangélicos n = 6	G10- Cuidadores Informais n = 7	G11- Profissionais de saúde n = 6	G912 - Testemunhas de Jeová n = 3
Dificuldades na sua definição	Termo vago e abstracto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Oposição à matéria	Espírito	X			X				X				
	Coisas não terrenas				X								
	Alma								X				
	Mente/ Pensamento				X				X				
	Misticismo	X										X	
	Ter um sentido	X				X	X						
	Sentir-se em paz							X					
	Uma energia que vem de Deus ou dos outros	X						X			X		
	Algo intrínseco/ Interior	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Inerente à pessoa	X	X	X		X			X				X
	Estrutural e estruturante da pessoa						X						
	O que nos distingue dos								X				

	animais irracionais												
	O que anima o ser humano								X				
	Capacidade da pessoa se transcender								X				
	Saúde	X	X	X				X		X	X	X	X
	Como forma de enfrentar a doença	X	X	X				X		X	X	X	
	Propiciadora de Bem-estar Ligada à Fé				X	X							
Componentes	Espirituais	X	X		X				X				
	Culturais	X	X		X				X				
	Ambientais	X	X		X				X				
Relação com a Religião e a religiosidade	Interligação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Leva à prática da Religião			X			X						X
	É inseparável da Religião			X		X	X	X		X			X
	Distingue-se da religiosidade								X				
	Não se confunde com a religiosidade ritualista e/ou natural			X		X	X			X			
Perspetiva Relacional	Relação com Deus			X		X	X	X		X			X
	Relação com os outros	X		X	X	X	X	X		X			X
	Vivência em grupo/ Comunidade			X		X	X	X		X			X

Religiosidade

Em profundo debate nos grupos focais esteve o conceito de religiosidade, não por este apresentar qualquer tipo de dificuldade na sua definição (foi o conceito que menores embaraços obteve na sua clarificação) mas porque houve a preocupação de destrinçar dois tipos de religiosidade: uma mais ritualista [característica da religiosidade popular e/ou natural] e outra como vivência da fé/espiritualidade.

Pode constatar-se a importância desta distinção e da relevância da questão, a

partir das unidades de registo aqui transcritas:

G1- Penso que é importante não agredir, não ser agredida, não agredir ninguém. É o que é importante para você viver assim, tranquila, sem remorsos. A religiosidade não é só ir à igreja. É fazer algo que seja bom para você mas também para os outros. Há pessoas que vão à igreja, rezam, comungam e maltratam. São frequentadores assíduos da igreja e maltratam os pais. São agressivos com os pais. Então, como? (...) Acho que se a gente vai a um local, como pessoa, a gente tem que se transformar com isso. Se a nossa vida não se transforma com a religião então, para mim, a religião não atuou nessa pessoa.

G4 - Sou de uma zona onde não há essa dita religiosidade (...) E depois, quem frequenta a igreja? São as beatas. Cada padre tem um séquito de beatas, são quase sempre as mesmas, aliás, acho que ainda são as mesmas de quando eu era miúda. Não houve grande renovação, ainda são as mesmas. Pronto, andam à volta do padre, tratam da casa do padre, organizam as festas, aquelas coisas todas e depois o povo em geral hoje em dia não é como há trinta anos atrás em que as pessoas eram contra, não iam...agora não, vão porque gostam da festa. Não é que as pessoas pensem naquilo, não é nada convicto, vão pelas festas. Se há trinta anos atrás as pessoas não casavam pela igreja, agora tudo casa pela igreja.

Peculiarmente nos grupos religiosos, essas críticas surgem para demonstrar que a vivência religiosa das pessoas que constituem esses grupos não se confunde com esse tipo de religiosidade, (que, no caso de um dos grupos Católico (G6) aparece como sendo distinta da fé). Onde maior acuidade assumiu esta questão foi justamente neste último grupo focal [grupo Católico 2] e no grupo Evangélico.

As unidades de registo que se seguem permitem-nos aferir o entendimento desses grupos focais. Ainda que longas, optámos por as incluir aqui, dada a pertinência que a questão assumiu, ajudando-nos a perceber as razões porque foi um dos aspetos que os grupos insistiram na diferenciação entre a sua vivência e a religiosidade ritualista e/ou natural, demarcando-se desta última.

G6- Vejo a religiosidade mais pela palavra religião, no sentido de obrigar a pessoa a respeitar uma religião pela doutrina e pelo ritual, enquanto a fé é

algo que implica que eu compreenda o que faço e sinto que isto é importante. É importante aquilo que faço e posso fazer os rituais (tudo isso é importante) mas percebendo o verdadeiro sentido do que estou a fazer. Não por temor ou por medo de Deus, mas sim por amor.

- Podemos voltar um bocadinho atrás? Só para esclarecermos. A religiosidade para mim é, assim, uma coisa muito primitiva. É uma coisa completamente natural. Natural, nas pessoas, mas primitivo. Primitivo no sentido que não tem nada de pejorativo mas no sentido que está no natural do ser humano. Tipo, homem primitivo, quando cai trovão, estão a perceber? Aquilo é assustador. Então, o homem primitivo diz “deve haver um fulano lá em cima a mandar aquilo”. Eu vivi na Dinamarca e lá era o Thor. E o homem primitivo gostava era de ser amigo daquele que mandava os trovões. Pronto, isto para dizer que isto é religiosidade. E é aquela coisa que as pessoas quando estão aflitas, recorrem a qualquer coisa que os livre dessas aflições todas. Tem algo de mágico. E, por isso, é que eu digo: a religiosidade? Eu não tenho nenhuma! Ainda por cima, sou um bocado cientista e tal... Não acredito nada... nesse sentido! Mas, isto é completamente diferente de fé! Até para a parte da fé, eu também sou desconfiado. O que acontece é que, episódio por episódio, dia-a-dia, na história da vida inteira, foi acontecendo isto e aquilo, aquilo, aquilo...e aí, até se quisermos, até do lado de cientista eu vejo que acontece isto e, quando acontece, quando há este acontecimento, o que segue é por aquela razão...até poderia ser uma relação causa-efeito. E porque eu vejo essa relação causa-efeito (estou a chamar-lhe assim até para dar um ar científico à coisa), encontro-a na minha vida, com Deus. E esta relação com Deus é fé. Não tem nada a ver com crenças e não tem nada de primitivo porque se fosse por isso, eu já o tinha descartado. Não no sentido do Thor mas num outro. E que tem que ver com uma experiência de vida.

G9- Nós, muitas vezes, consideramos que religiosos, há muitas pessoas religiosas, aliás todos são religiosos mas crente em Jesus Cristo é diferente de ser religioso. Eu posso ser muito religioso mas estar distante de Deus (...) Nós costumamos dizer que a religião não salva, quem salva é Jesus Cristo porque, como já foi dito aqui, morreu na cruz por nós, por todo aquele que o queira

aceitar como único senhor e salvador. E é essa definição que nós temos. Não estamos aqui a fazer a distinção, não estamos aqui a desprestigiar uma ou outra, a valorizar, simplesmente estamos aqui a dizer que a religiosidade é algo que é imposto e que é algo ritual que tem que se fazer assim, e assim, e assim, desta forma, as orações são rígidas, são decoradas.

- Acho que a definição que nós dizemos...que podemos dizer é esta: "Eu faço boas obras, sou uma pessoa religiosa."

- A religião pura e imaculada é ajudar os órfãos e as viúvas nas suas necessidades. É o que nós entendemos por religião, na Bíblia sagrada. Nós, realmente, como já ouvimos, quando nos reunimos, reunimos, congregamos para adorar o Senhor, para o louvar (...) A nossa ligação com Deus, transformou a nossa vida e depois, com a nossa vida transformada, sentimos bem a ajudar os outros.

Próxima desta ideia, a religiosidade surge, nas palavras do grupo Adventista (G3), como *"a manifestação prática do relacionamento com Deus"*.

No grupo Hindu (G7) esta ideia aparece expressa, por exemplo, na seguinte unidade de registo: *"É-se religioso quando se pratica e se pauta pelos valores inerentes ao Hinduísmo."*

Na Tabela D3 apresenta-se a matriz de codificação feita a partir da análise ao conceito de religiosidade [categoria pré-definida].

Tabela D3
Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à religiosidade

Subcategoria	Indicador	G1- Mestrado n = 20	G2- doentes n = 6	G2- Adventistas n = 8	G4 - Ateus n = 4	G5- Católicos 1 n = 6	G6- Católicos 2 n = 10	G7- Hindus n = 7	G8- Católicos não praticantes n = 7	G9- Evangélicos n = 6	G10- Cuidadores Informais n = 7	G11- Profissionais de saúde n = 6	G912 - Testemunhas de Jeová n = 3
Caraterísticas	Formal	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Pública	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Visível/ Comportamento externo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Ligada ao Culto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Doutrina/Códigos/Dogmas/Condutas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Manifestação prática do relacionamento com Deus			X									
	Religação						X						
	Estilo de Vida					X		X					
	Com reflexos para a Vida			X		X	X	X		X			X
	Uma forma de dar resposta a questões essenciais da vida								X				
Perspetiva relacional	Relação com Deus/Jesus Cristo/Supremo		X	X		X	X	X		X	X		X
	Relação com o Grupo/Comunidade			X		X	X	X		X			X
	Prática de boas obras/ajudar quem precisa/solidariedade			X		X	X	X		X			X
Associações	Figuras (anjos, guias, animais sagrados, imagens)								X				
	Deus/Supremo			X		X	X	X		X			X
	Fé			X		X	X			X			X
	Seitas											X	
	Saúde		X	X				X		X	X	X	X
	Bem-estar				X								
	Felicidade			X		X	X	X		X			X
Formas de viver a religiosidade	Distinção da sua vivência da religiosidade Ritualista			X		X	X			X			
	religiosidade como Fé/espiritualidade			X		X	X			X			
	Críticas à religiosidade ritualista e/ou Natural	X			X		X		X	X			
Relação com as crenças	Associação às crenças espirituais e religiosas			X		X	X	X		X			X

Crenças pessoais

Podemos verificar das unidades de registo que se seguem, respetivamente, dos grupos Católico 1, Hindu, Evangélico e Testemunhas de Jeová, que os grupos religiosos não concebem a existência de crenças pessoais dissociadas das crenças espirituais e religiosas:

G5- No nosso grupo, a espiritualidade, sendo algo que se fortalece é feito através do nosso caminho, aqui, enquanto seres religiosos, enquanto temos esta crença no Cristianismo, no Catolicismo. Agora “crenças pessoais”, muitas hão de vir daqui, até porque grande parte da nossa educação e da nossa socialização é vinda daqui, do Cristianismo, mas também pode haver outro tipo de crenças pessoais que se afastem daqui, da religião, deste código ético e moral.

G7 - Para se ser crente, é preciso ser-se religioso.

G9- Nós temos crenças pessoais efetivamente, só que as nossas crenças pessoais são fundamentadas nas nossas crenças espirituais, não se dissociam umas das outras; umas estão intimamente ligadas às outras (...)

- Cada pessoa até pode ter as suas próprias crenças mas estas só fazem sentido se balizadas pela Palavra de Deus.

G12- Nós não temos crenças pessoais. As nossas crenças pessoais baseiam-se na Bíblia. A autoridade máxima aqui na Terra é a Bíblia.

- Por isso, crenças pessoais, para nós, são crenças religiosas. Quando as pessoas se deixam guiar por Jesus, são bem-sucedidas.

No grupo dos Crentes/Católicos não praticantes, um dos seus elementos trouxe para o debate os outros, referindo o seguinte:

G8 - Eu acredito que as pessoas são naturalmente boas e simpáticas. Toda a minha vida tive esta crença e tenho a crença de que gosto de toda a gente. De vez em quando, levo uma chapada na vida. Digo sempre “para a próxima vou ser mais cautelosa. Talvez não sejam todos bons” mas não vai abalar a minha crença de que as pessoas naturalmente são boas.

Na Tabela D4 apresenta-se a matriz de codificação feita a partir da análise ao conceito de crenças pessoais [categoria pré-definida].

Tabela D4

Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente às crenças pessoais

Subcategoria	Indicador	G1- Mestrado n = 20	G2- doentes n = 6	G2- Adventistas n = 8	G4 - Ateus n = 4	G5- Católicos 1 n = 6	G6- Católicos 2 n = 10	G7- Hindus n = 7	G8- Católicos não praticantes n = 7	G9- Evangélicos n = 6	G10- Cuidadores Informais n = 7	G11- Profissionais de saúde n = 6	G912 - Testemunhas de Jeová n = 3
Dificuldades na Definição		X		X			X	X		X	X	X	X
	Algo destituído de sentido						X						
	Ligação às crenças espirituais e religiosas			X		X	X	X		X			X
	Acreditar				X								
	Associação à Teoria da Evolução					X						X	
Caraterísticas	Convicções fortes	X	X						X		X		
	Regem a vida das pessoas	X	X						X		X		
	São mais difíceis de abdicar do que de uma Religião								X				
	Estão dependentes de fatores externos, situações e/ou experiência de vida				X		X		X	X			
	Estão dependentes do meio envolvente				X		X			X			
	Dependem da vivência que se tem em grupo						X						
	É o que leva as pessoas a acreditarem em algo				X		X			X		X	
	É o faz com que as pessoas não acreditem em nada						X						
	É o que faz com que as pessoas tenham uma Religião						X						
Crenças nos outros	Acreditar que as pessoas são naturalmente boas e simpáticas								X				

Faceta SP1. Ligação a um ser ou força espiritual

Relativamente à primeira faceta, SP1. *Ligação a um ser ou força espiritual*, os grupos focais dividiram-se no que à sua designação respeita. Desde logo, porque uns identificaram-se mais com “ser espiritual” e outros com “força espiritual”.

Perfilharam o primeiro termo, os seguintes grupos focais: doentes, Católicos, Evangélico, Hindu, Testemunhas de Jeová e Adventista. Para este último grupo, todavia, a palavra “ser” deveria estar, não com letra minúscula mas sim, com letra maiúscula uma vez que tal poderia dar azo a que fossem dadas outras interpretações que não Deus, que é a quem associam aquela palavra. De referir que essas interpretações emergiram, curiosamente, mais tarde, em dois outros grupos: o de profissionais de saúde (ainda que neste último não fosse consensual) e o de crentes não praticantes, os quais não associaram esse termo a Deus mas sim a pessoas concretas, vivas ou já falecidas, respetivamente.

Refira-se que a identificação automática do “ser espiritual” a Deus foi feita por todos os grupos que professam uma religião.

Quanto à expressão “força espiritual”, identificou-se com ela o grupo de Mestrado.

O grupo de ateus fez recair a sua preferência pelo termo força, dissociado do “espiritual”, expressão que para eles não é significativa.

O grupo Evangélico, por sua vez, rejeitou por completo a expressão “força”:

G3- Se eu tivesse que responder aqui, riscava já “ou força”, e ficava apenas “ser espiritual”, assumindo eu Deus e ponto final.

- “Força” está fora de causa.

- Ligação a um ser espiritual, Deus.

- “Ser espiritual”, para nós, é Deus e não há mais nada a dizer.

- De resto a questão é pertinente e não traz problemas a responder.

O grupo de Hindus, um dos grupos Católicos (G5) e o grupo de Católicos não praticantes, concluiu pela complementaridade das duas expressões.

Afirmou o grupo de Católicos não praticantes que:

G8- Faz mais sentido “força” mas, em algumas circunstâncias “ser”.

- Mas como está, não subentende a mesma coisa?

- Eu gosto como está: ser ou força espiritual. Gosto dos dois termos.

- Sim, porque eles completam-se.

O grupo de Hindus viu essa complementaridade à luz da sua religião que professa em virtude de Deus assumir também, algumas vezes, a forma humana, tal como aparece descrito nesta unidade de registo:

G7- Para mim o ser e força espiritual, as duas coisas vão de mãos dadas.

- Para mim também.

- Porque os nossos Deuses todos, na nossa filosofia, o que é que se diz?

Quando há necessidade no mundo, Deus vem na forma de ser para dar o exemplo de vida.

No grupo Católico 2, as duas expressões surgem como complementares na medida em que essa força espiritual, na interação dos sujeitos acabou por ser, consensualmente, associada ao Espírito Santo e a Deus, ainda que inicialmente não o tivesse sido:

G6- - Acho que a questão “ser” e “força” pode ser uma questão importante aqui. O ser espiritual é uma coisa muito mais religiosa. O “força espiritual” é uma coisa muito mais típica daquele que acredita em si próprio (...)

- Eu acho que se complementam. Eu acho que são as duas: “ser ou força espiritual”.

- Mas não enquanto católica, eu acho. Para ser abrangente é que deverão estar as duas.

- Mas, mesmo em termos católicos também não tem nada de extraordinário: uma coisa é Deus, as três pessoas, numa trindade, e outro aspeto é a força do Espírito Santo, que é uma atuação deste Deus na nossa vida.

- Acho que é a força que não deixa de ser Deus.

A questão assumiu algum relevo nos grupos aquando da análise das questões pois na maioria dos grupos focais, foi detetado o facto de a designação da faceta não ter uma correspondência com as questões, no que à terminologia diz respeito. As questões, diferentemente da nomenclatura da faceta, apenas se reportam a “ser

espiritual” e não à “força espiritual”⁵⁵.

Ainda relativamente às questões terminológicas das questões, cumpre salientar que os grupos focais permitiram limar algumas das questões da tradução feita para Português Europeu. Este trabalho com os grupos focais revelou-se, também, por isso, muito profícuo uma vez que permitiu expurgar algumas palavras menos consensuais nessa tradução, fazendo melhor corresponder as questões ao público a que destina – o português. Tal foi-se verificando ao longo de todo o instrumento, tendo a tradução final do mesmo contemplado algumas das propostas que foram sendo feitas pelos participantes neste estudo, tornando-o mais condizente com o idioma português.

Ao longo da análise das questões foram surgindo algumas referências a aspetos considerados relevantes para os participantes neste estudo. Desde logo, as repercussões que a ligação a um ser espiritual têm na vida das pessoas, marcando até o seu próprio estilo de vida e a sua relação com os outros. Este aspeto da relação com os outros foi considerado relevante para os seguintes grupos focais, os quais se referiram concretamente a ele: grupo de Mestrado (G1), Adventista (G2), Católico (G6), Cuidadores informais (G10), Profissionais de saúde (G11) e Testemunhas de Jeová (G12). Apresentamos aqui a unidade de registo deste último grupo:

G12 - A relação com os outros é muito importante para a Testemunha de Jeová. A minha qualidade de vida é muito melhor se eu tiver um relacionamento bom com os outros, com o meu vizinho, por exemplo. Já Jesus dizia que há mais felicidade em dar do que receber. (...) Temos dois grandes mandamentos: amar a Deus e amar o próximo. Um cristão não se isola (...) No fundo, o ensino ajuda as pessoas a levarem uma vida saudável, a uma relação sadia com todos os outros, na família, com o próximo em geral.

- Melhora até o estilo de vida das pessoas. Temos dados concretos que o ensino produz resultados: pessoas com problemas de álcool ou de tabaco,

⁵⁵Com a colaboração do Dr. Marcelo Fleck, com quem estabelecemos contacto, solicitando ajuda, uma vez que foi quem coordenou o projeto de validação do WHOQOL-SRPB para o Brasil, confirmámos a análise que fizemos da questão: ambos os conceitos “ser” e “força” espirituais, na sua génese, apresentam-se como sinónimos. Todavia, contraditoriamente à nomenclatura da faceta, a expressão “força espiritual” não figura em nenhuma das quatro respetivas perguntas do WHOQOL-SRPB original (vide WHOQOL SRPB Group, 2006) e, conseqüentemente, na tradução efetuada para Português, quer no Brasil, quer em Portugal o que acabou por provocar alguns constrangimentos na sua interpretação, nos grupos focais Portugueses, devido, além do mais, ao posicionamento que os vários grupos foram assumindo relativamente à questão.

que se conseguiram afastar desses vícios, que melhoraram a sua vida pessoal e familiar. Porque se eu fumar ao pé de quem não fuma, não estou a pôr em prática o amor ao próximo. Se fizer um estudo com as Testemunhas de Jeová, verá que são os que menos fumam, os que não vão para a taberna e os que têm um bom relacionamento de casal.

Na Tabela D5 apresenta-se a matriz de codificação feita a partir da análise ao Faceta SP1. *Ligação a um ser ou força espiritual* [categoria pré-definida].

Tabela D5
Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à Faceta SP1. *Ligação a um ser ou força espiritual*

Subcategoria	Indicador	G1- Mestrado n = 20	G2- doentes n = 6	G2- Adventistas n = 8	G4 - Ateus n = 4	G5- Católicos 1 n = 6	G6- Católicos 2 n = 10	G7- Hindus n = 7	G8—Católicos não praticantes n = 7	G9- Evangélicos n = 6	G10-Cuidadores Informais n = 7	G11-Profissionais de saúde n = 6	G912 – Testemunhas de Jeová n = 3
Ser espiritual	Identificam-se com a expressão		X			X	X	X		X			X
	não se identificam			X	X					X		X	
	Associado a Deus			X		X	X			X			X
	Ser com letra maiúscula			X		X	X			X			X
Força espiritual	Identificam-se mais com esta expressão	X											
	não se identificam			X									X
	Associação às religiões orientais			X									
	Algo que é mais abstrato			X									
	Associada ao Espírito Santo/Deus			X			X						
	Rejeição da expressão									X		X	
Força	Rejeição do termo “espiritual”				X								
Complementaridade das duas expressões	Conjugação dos dois termos						X	X		X			

Terminologia das questões	Tranquilidade												X
	Segurança			X						X			X
	Conforto									X			
	Ausência de “força espiritual” nas questões	X	X	X		X	X		X	X	X		
Associada aos outros	Amor ao Próximo												X
	Relação sadia com os outros e com a família												X
Associada ao Estilo de Vida	Melhoria do Estilo de Vida												X
	Implicações positivas na vida pessoal e familiar												X
	Saúde												X

Faceta SP2. *Sentido da Vida*

Pudemos constatar da análise que fizemos aos dados recolhidos que *os outros* voltam a assumir relevância na discussão dos participantes deste estudo. O grupo Hindu (G7), por exemplo, numa tentativa de melhor compreensibilidade das duas últimas questões, e ainda que não fosse esse o objetivo deste estudo, quiseram dar uma resposta às mesmas. Ao apresentarem a razão pela qual um Hindu sente que está aqui, neste mundo, disseram o seguinte:

G7- A primeira coisa, o Hinduísmo diz porque é que nós nascemos. O Hinduísmo diz que o ser humano...nós devíamos ser humano. Podemos ser um animal, também, porque o animal também vive. No Hinduísmo, o que é que se diz? Para atingir este corpo, o corpo humano, nós temos que fazer muito boas ações. Se vai ver a palavra religião traduzida na Língua Indiana chama-se Dharma mas se traduzir Dharma novamente, não quer dizer religião, quer dizer dever. Portanto Dharma tem vários sentidos. Dharma é o nosso dever perante a sociedade, perante os outros e se nós fizermos boa ação, qualquer hindu, nós todos pensamos que estamos num círculo da vida para nos juntar ao Supremo. Nós saímos do Supremo e o nosso objetivo é chegar novamente ao Supremo.

- *Se nós não fizermos o bem, nesta vida, nós temos que entrar novamente neste círculo da vida, que temos que reencarnar em vários tipos de animais e ir novamente tentar chegar ao Supremo. Mas, só o ser humano, só com este corpo é que é possível fazer boas ações. Portanto, para mim, o sentido da vida é esse.*

- *O ser humano tem que ser benevolente e fazer a obra de caridade e compaixão, as quais são feitas em nome de Deus.*

Num sentido próximo, o grupo de Adventistas (G3) refere o seguinte:

G3- A razão da nossa existência é mesmo Deus. Nós sentimos isso. Sabemos que se aceitamos Deus e que se aceitamos o que ele quer para nós, nós vamos alcançar, aí o propósito, que será a vida eterna e mesmo, na vida prática, o ajudar os outros.

Um dos grupos Católico (G5), acentua este aspeto, salientando a ambivalência de a vida ter um sentido para a pessoa que não só cuida dos outros mas que, acima de tudo, como refere uma das participantes “nós também encontramos sentido na vida quando damos sentido à vida dos outros” e apresenta como propósito e razão da vida das pessoas do grupo “*fazer os outros felizes!*”

O grupo de Mestrado, por sua vez, aquando da análise que faz da questão SP2.2. *Em que medida é que cuidar dos outros dá sentido à sua vida?* Sugeriu, expressamente, que fosse substituída, nessa pergunta, a expressão “cuidar dos outros” pela “relação com os outros”, por considerar que esta é mais ampla do que aquela e, no contexto – Sentido da vida - foi a que, para os participantes desse grupo, se apresentou com maior significado.

Na Tabela D6 apresenta-se a matriz de codificação feita a partir da análise ao Faceta SP2. *Sentido da vida* [categoria pré-definida].

Tabela D6

Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à Faceta SP2. *Sentido da vida*

Subcategoria	Indicador	G1- Mestrado n = 20	G2- doentes n = 6	G2- Adventistas n = 8	G4 - Ateus n = 4	G5- Católicos 1 n = 6	G6- Católicos 2 n = 10	G7- Hindus n = 7	G8 - Católicos não praticantes n = 7	G9 - Evangélicos n = 6	G10 - Cuidadores Informais n = 7	G11 - Profissionais de saúde n = 6	G912 - Testemunhas de Jeová n = 3
Deus ou o Supremo				X				X		X			X
Vida eterna				X									
Os outros	Ajudar os outros			X		X		X					
Fazer boas ações	Em nome de Deus							X					
Terminologia das questões	Propósito			X		X	X		X	X	X		X
	Objetivo			X			X	X	X		X		X
	É indiferente a palavra propósito, objetivo, finalidade				X								
	Proposta de alteração de “sentido da Vida” para “Sentido para a vida”		X	X			X			X			
	Preferência por “relação com os outros”	X											

Faceta SP3. *Admiração*

Os vários participantes neste estudo dividiram-se quanto a esta questão, havendo quem, de entre eles, propusesse outras expressões em substituição de *Admiração* como sejam as de “deslumbramento”, “inspiração”, “fascinação”, “espanto”.

Os *outros* voltaram a ser referenciados nesta faceta, por um dos grupos Católico:

G6 - Não sei se faz algum sentido mas nós admiramos pessoas, acontecimentos, há gestos, há tudo. Não só na nossa vida mas na dos outros.

Sim o que as pessoas têm e que nós admiramos, não é?

- Sim, também nos sentimos inspirados pelas outras pessoas.

O grupo Adventista (G3), um dos grupos Católico (G6), o grupo de Testemunhas de Jeová (G12) e o grupo Hindu (G7) associaram as maravilhas a Deus, Criador, que no caso do último grupo é, simultaneamente, um Deus estabilizador e regenerador.

No grupo de Doentes (G2) e o grupo Evangélico (G9) foi trazida à colação, por um dos participantes de cada um dos respetivos grupos, na análise que fez das questões, o facto de estas contemplarem apenas os aspetos positivos. No caso do primeiro grupo, a questão não foi discutida, ficando a questão no ar:

G2- Para mim, há aqui uma questão: só estão os aspetos positivos...E então os negativos? Há, também coisas más que nos tocam. “Em que medida é que as coisa más o tocam?” Deveria ser uma pergunta. Estou a pensar no caso, por exemplo, da mendicidade...

Contrariamente, no grupo de Evangélicos, da interação dos sujeitos resultou a tentativa e o convencimento da pessoa que interrogou os outros participantes, a partir dos argumentos que foram sendo utilizados pelos restantes elementos do grupo de que a faceta e respetivas questões só poderiam ficar associadas a aspetos positivos:

G9-Eu estava aqui a pensar na 3. 1. Mas isto pode ser só coisa minha, o maravilhar pode ser positivo ou negativo, certo? Ou entendem o maravilhar só como positivo?

Eu só estou a perguntar porque se eu olho para a natureza e me sinto maravilhada, por exemplo, em relação a alguma música, se eu acho que é espetacular, para quem conhece música mas hoje em dia, por exemplo há aí correntes de música que não me maravilham.

- Se vamos a falar da arte...

- Por isso é que eu questionei só...é que quando aparece o termo maravilhar, se eu posso entendê-lo como positivo ou negativo.

- É positivo. Porque se tu dizes “a música não me maravilha”. Portanto, tens que pôr a negação atrás.

Na Tabela D7 apresenta-se a matriz de codificação feita a partir da análise ao Faceta SP3. *Admiração* [categoria pré-definida].

Tabela D7
Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à Faceta SP3. *Admiração*

Subcategoria	Indicador	G1 - Mestrado n = 20	G2 - doentes n = 6	G2 - Adventistas n = 8	G4 - Ateus n = 4	G5 - Católicos 1 n = 6	G6 - Católicos 2 n = 10	G7 - Hindus n = 7	G8 - Católicos não praticantes n = 7	G9 - Evangélicos n = 6	G10 - Cuidadores Informais n = 7	G11 - Profissionais de saúde n = 6	G912 - Testemunhas de Jeová n = 3
Terminologia da faceta	Contemplação	X	X	X		X	X						
	Deslumbramento	X							X				
	Inspiração	X											
	Admiração	X			X			X	X		X	X	
	Fascinação										X		
	Espanto								X		X		
Análise das Questões	Contêm somente aspectos positivos e não negativos			X							X		
Associada a Deus	Criador			X			X	X					X
	Estabilizador							X					
	Regenerador							X					
Associada à espiritualidade mas dissociada de Deus					X								
Associada aos outros	Admirar os outros						X						
	Inspirar-se nos outros/ na vida dos outros						X				X	X	

Faceta SP4. *Totalidade e Integração*

Em esclarecimento à autocaraterização como “*seres evolucionistas enquanto corpo e seres criacionistas enquanto alma*”, referiu o grupo de Hindus o seguinte:

G7- O nosso corpo vai mudando, renasce na forma humana mas a alma mantém-se a mesma. Antes da forma humana, passou por vários estados,

são os 4 estágios do Hindu. Há uma evolução em termos Kármicos: nascemos e renascemos constantemente para preparar e unir a Deus. O Karma, o que é? É o balanço que vai ficando. E não é a ação que é julgada mas sim a intenção com que se pratica a ação. O mau Karma é o mau saldo.

- É para conquistar essa ligação entre mente, corpo e alma que existe a meditação.

-A meditação, ao fazer a ligação entre a mente, o corpo e a alma, leva a que o indivíduo deixe de pensar por reflexos e passe a refletir pela alma e aí vai buscar muita informação ao passado.

O grupo de Adventistas do 7º Dia, citando o verso da Criação - “Deus formou o homem do pó da terra, soprou nas suas narinas o fogo da vida e o homem foi feito um ser vivente” -, afirmaram que identificam o conceito de alma como o resultado da junção entre o “corpo” e o “fogo da vida” que tem origem em Deus, expressão que preferem ao invés da palavra “espírito” (esta última, quando utilizada, tem a aceção de “vital”). Para este grupo focal existem apenas duas componentes a formar a totalidade da pessoa: a física e a espiritual. Nesta ótica, quando a pessoa morre, não há uma alma que lhe sobreviva. Uma vez que a vida pertence a Deus, aquando da morte do ser humano, o “fogo da vida” regressa a Deus. A unidade de registo que se segue explicita o entendimento deste grupo, no que a esta questão diz respeito:

G3- Por isso é que quando nós morremos, o corpo deixa de ter o fogo da vida, o fogo da vida volta para Deus. Nós não acreditamos na imortalidade da alma no sentido em que vamos ter consciência futura. Não. Quando morremos, morremos.

- A vida pertence a Deus.

- E o fogo da vida volta a Deus.

- Por exemplo, uma lâmpada. Se nós desligarmos o interruptor, a lâmpada apagou-se. Mas ela está lá. A eletricidade não desapareceu, ela está lá. Está aonde? Está no gerador. E quando se liga o interruptor, a lâmpada acende porque a eletricidade produz a incandescência, produz a luz, que é a manifestação da vida da lâmpada.

O grupo de Ateus (G4) não se identificou com a palavra alma por considerarem que o mesmo é um conceito religioso e do âmbito do sobrenatural. Foi dado particular

ênfase, por este grupo, na análise que fizeram desta faceta, à questão SP 4.4. Até que ponto é que as suas crenças o(a) ajuda a dar coerência ao que faz, pensa e sente? suscitando um amplo debate em torno da mesma, bem como de algumas situações que foram trazidas para o debate, pelos participantes desse grupo:

G4 – Até o facto de uma pessoa se dizer ateia, certo? E há bocado também falava disso. Porque há muitas pessoas que dizem uma coisa e fazem outra completamente diferente. Isto é muito importante a coerência...ou seja, eu para ser coerente, não me casei pela igreja, as minhas filhas não são batizadas, não frequentaram a catequese, nem nada desse género, porque, para mim, era uma incoerência da minha parte. Ora se eu sou ateia, o meu marido também, não fazia sentido absolutamente nenhum estar a ceder a pressões dos avós ou dos tios ou dos primos ou de quem quer que fosse e batizar as crianças. Isto era um absurdo. Ou então, casarmos pela igreja só por causa porque a minha sogra até queria muito, não é? Portanto, isto acho que é coerência, mas a maior parte das pessoas não são nada coerentes.

- Principalmente quando se está com o outro ou a outra ao lado. É complicado.

- E as pressões dos avós, dos tios, etc.

- Nisso, tens toda a razão (...)

- Olha, uma pessoa que é de uma associação de defesa, protetora dos animais e depois vai a uma caçada...

Também o grupo de Católicos não praticantes faz referência a esta necessidade de coerência, que nem sempre se verifica na vida das pessoas, fazendo sobretudo à necessidade de se obedecer aos preceitos, seja da religião que se perfilha, seja de um partido, conforme se constata desta unidade de registo:

G8- - Tu dizes que és católica e fazes o teu catolicismo à tua maneira? Desculpa lá...mas isto não tem cabimento. Na altura em que te filias num partido ou numa religião, tens que obedecer aos seus preceitos. Não é dizer “eu nesta coisa não acredito mas aquela acredito”; “aquela faço, esta não faço”... Não pode ser!

- Tu podes fazer ou não!

- Então, não sou católica, pelo amor de Deus! Se sou católica romana, eu tenho que aceitar aqueles preceitos da minha religião, que me dizem, sei lá, que há um Deus, que a Maria é virgem, que há comunicação dos santos...eu tenho que acreditar nisso senão não sou católica! Senão tenho uma religião à minha moda!

Na Tabela D8 apresenta-se a matriz de codificação feita a partir da análise ao Faceta SP4. *Totalidade e Integração* [categoria pré-definida].

Tabela D8

Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à Faceta SP4. *Totalidade e Integração*

Subcategoria	Indicador	G1- Mestrado n = 20	G2 - doentes n = 6	G2 - Adventistas n = 8	G4 - Ateus n = 4	G5 - Católicos 1 n = 6	G6 - Católicos 2 n = 10	G7 - Hindus n = 7	G8 - Católicos não praticantes n = 7	G9 - Evangélicos n = 6	G10 - Cuidadores Informais n = 7	G11 - Profissionais de saúde n = 6	G912 - Testemunhas de Jeová n = 3
Análise das Questões	Corpo /Mente/ Alma como inseparáveis	X	X			X	X		X				X
	Perfilham apenas duas componentes: Física e espiritual que formam a totalidade do ser humano			X									
	Corporeidade					X							
	Ligação entre Corpo /Mente/Alma feita através da Meditação							X					
	Alma – conceito controverso								X				
	Alma como um conceito demasiado religioso e Sobrenatural				X								
	Rejeição da separação e sobrevivência da alma em relação ao corpo			X									X
	Evolução <i>Kármica</i> do Corpo							X					
	Alma mantém-se sempre a mesma							X					
	Alma como força vital do ser					X							
	Alma como resultado da junção entre o Corpo e o Fogo da Vida			X									
	Partir do pressu-		X				X						

	posto errado de um equilíbrio entre o Corpo/Mente/Alma																			
	Importância dada à coerência					X				X										
Nada assinaram																			X	X

Faceta SP5. *Força espiritual*

Esta faceta foi objeto de várias interpretações e de rejeição das palavras “Força” ou “espiritual”, cf. Tabela D9.

A importância dos outros voltou a estar destacada pelo grupo de Mestrado (G1), por um dos grupos Católico (G6) e pelo grupo de Cuidadores informais (G10).

Referiu o primeiro grupo que *“os outros também nos podem dar força espiritual.”*

O segundo grupo, por sua vez, centrando-se na análise das questões da faceta, concretamente nas duas últimas perguntas, e após troca de ideias, destrinçou as mesmas, partindo, entre outras situações, da relação que se tem com os outros:

*G6 - Tem a ver com...o viver melhor está apenas relacionado com uma parte!
O viver melhor porque me dou melhor com os outros, porque aceito melhor as minhas dificuldades. E, depois, a questão da felicidade que é um bocado abstrata, não é?*

No caso do grupo de Cuidadores informais, a discussão gira em torno da pessoa de quem cuidam, cuja força espiritual é um exemplo para os demais, com repercussões para a vida dos participantes nesse grupo, tal como consta desta unidade de registo que se segue:

G10 - Também vejo assim. Portanto, essa força espiritual também se vai buscar nos outros e em várias situações.

- Conseguimos ter esses exemplos e conseguimos levantar-nos. A força das pessoas que têm um mal, uma doença, ou uma desgraça que aconteceu na vida, vai-nos dando ânimo, e ajuda-nos a “dar a volta”. Com a reação da própria pessoa que está doente, que até nos dá força a nós.

Porque a X, mesmo agarrada a uma cadeira de rodas, é uma pessoa que tem a força que tem...portanto essa força espiritual também se vai buscar nos outros e em várias situações.

Na Tabela D9 apresenta-se a matriz de codificação feita a partir da análise ao Faceta SP5. *Força espiritual* [categoria pré-definida].

Tabela D9
Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à Faceta SP5. *Força espiritual*

Subcategoria	Indicador	G1- Mestrado n = 20	G2- doentes n = 6	G2- Adventistas n = 8	G4 - Ateus n = 4	G5- Católicos 1 n = 6	G6- Católicos 2 n = 10	G7- Hindus n = 7	G8- Católicos não praticantes n = 7	G9- Evangélicos n = 6	G10- Cuidadores Informais n = 7	G11 - Profissionais de saúde n = 6	G912 - Testemunhas de Jeová n = 3
Terminologia da faceta	Força exterior/Força de Deus			X		X	X			X			
	Força				X								
	Força interior	X							X				
	Associação às Religiões Orientais			X									
	Associação ao Espírito Santo			X			X						
	Pode não estar associada a Deus nem à religiosidade										X		
	Como ânimo									X			
Análise das Questões	Os outros também dão força espiritual	X											
	Os outros são um exemplo de força espiritual										X		
	Viver melhor porque se dá bem com os outros						X						
Nada assinalaram			X									X	X

Faceta SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia*

Podemos verificar, das unidades de registo a seguir apresentadas, a forma como, durante o debate dos grupos focais, se tornou possível a destrição dos conceitos presentes nesta Faceta, e como, mais uma vez a relação com os outros e filosofia de vida surgiu espontaneamente, nesses grupos.

G1- A paz é mais um sentimento íntimo, ao passo que a serenidade pode ser na relação com os outros.

- E, às vezes, a serenidade ajuda-nos a encontrar a paz.

- Pode ser na relação com os outros. Uma pessoa que é capaz de se controlar, não se exaltar, de ser capaz de se manter serena, é mais na relação. Ao passo que a paz é alguma coisa mais íntima, não é?

G4- Uma pessoa quando sente uma certa paz interior, é quando, de uma maneira em geral a gente está bem com os outros. Isto é mesmo assim. Se nós fizermos uma sacanagem qualquer, se formos, ou em palavras ou atos ou qualquer coisa contra alguém eu penso que a gente, por mais tempo que passa, não consegue ter uma paz interior, não é? Nós só conseguimos ter uma verdadeira paz interior se formos boas pessoas.

- Mas tu dizes que sentes paz interior quando estás bem com os outros, é?

- Sim.

- Tem a ver com os outros. É dicotómico, dá para os dois lados.

G6 - Ou seja, esta paz consigo próprio, nós podemos não estar com essa paz interior porque são situações que nós temos que resolver, são atitudes que nós temos que ter e que são as certas e que nós achamos que são as certas mas que não nos dão assim, essa paz interior. (...) Mesmo na relação com as pessoas temos que decidir: esta é a atitude correta, nós temos que fazer isto e isso, no fundo, dá-nos uma paz porque é a atitude correta mas, no fundo, não nos dá aquela paz interior!

G9- Em paz consigo? E em paz com os outros?

- Paz consigo próprio, é mais restrita a "si próprio". A paz interior pode ter a ver consigo próprio e com os outros e com Deus.

- Se não tivermos paz com o nosso semelhante, não temos paz interior a 100%.

G10- Normalmente está tudo interligado: uma pessoa que tem uma certa serenidade, tenta estar em harmonia com os outros, também acaba por ter uma paz interior. Agora o contrário...lá está tudo interligado.

O grupo Adventista na análise que fez da questão SP 6.4. *Em que medida sente um sentido de harmonia na sua vida?* para melhor compreensibilidade da questão, respondeu à mesma, associando esse sentido de harmonia com a sua filosofia de vida:

G3 - *Tenho sentido de harmonia porque fiz as minhas escolhas, tenho a minha filosofia de vida, tenho as minhas balizas e funciono dentro das minhas balizas.*

Na análise da faceta e das questões, alguns grupos deram conta da ausência da palavra serenidade nestas últimas contrariamente ao que se encontra na designação da Faceta.

Na Tabela D10 apresenta-se a matriz de codificação feita a partir da análise ao Faceta SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia* [categoria pré-definida].

Tabela D10

Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à Faceta SP6. *Paz interior/Serenidade/Harmonia*

Subcategoria	Indicador	G1- Mestrado n = 20	G2- doentes n = 6	G2- Adventistas n = 8	G4 - Ateus n = 4	G5- Católicos 1 n = 6	G6- Católicos 2 n = 10	G7- Hindus n = 7	G8- Católicos não praticantes n = 7	G9- Evangélicos n = 6	G10- Cuidadores Informais n = 7	G11- Profissionais de saúde n = 6	G912 - Testemunhas de Jeová n = 3
Terminologia da faceta	Paz interior com uma conotação religiosa	X											
	Paz interior sinónimo de estar bem consigo próprio, com Deus e com os outros									X			
	Paz interior sinónimo de estar bem com os outros				X								

	Paz na relação com os outros						X						
	Paz interior alcançada se formos boas pessoas	X											
	Harmonia associada aos outros											X	
	Harmonia alcançada a partir de uma filosofia de vida			X									
	Harmonia conduz à Paz interior											X	
	Serenidade alcançada na relação com os outros	X											
	Serenidade ajuda-nos a encontrar a Paz	X											
Análise das Questões	não contém a palavra "Serenidade"	X	X				X						
Nada assinalaram						X		X	X		X		X

Faceta SP7. Esperança e Otimismo

O grupo de Doentes, na análise que fez a uma das questões, realçou a importância dos outros desta forma:

G2- Fala-se aqui "em que medida é que ser otimista melhora a sua qualidade de vida?". Então, e a dos outros? Nós também interferimos na qualidade de vida dos outros e os outros na nossa.

- Sim, estou a pensar no caso da Liga contra o Cancro. Quando tive a doença, o facto de as outras que tinham tido nos ajudarem, foi muito importante. Às vezes só a sua presença é um testemunho!

- É verdade, os outros levam-nos mais à frente, muitas vezes até sem palavras, só com a sua presença!...

Na Tabela D11 apresenta-se a matriz de codificação feita a partir da análise ao Faceta SP7. *Esperança e Otimismo* [categoria pré-definida].

Tabela D11

Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à Faceta SP7. *Esperança e Otimismo*

Subcategoria	Indicador	G1- Mestrado n = 20	G2- doentes n = 6	G2- Adventistas n = 8	G4 - Ateus n = 4	G5- Católicos 1 n = 6	G6- Católicos 2 n = 10	G7- Hindus n = 7	G8- Católicos não praticantes n = 7	G9- Evangélicos n = 6	G10-Cuidadores Informais n = 7	G11-Profissionais de saúde n = 6	G912 - Testemunhas de Jeová n = 3
Terminologia da faceta	Esperança, algo mais profundo do que Otimismo					X							
	Otimismo, mais uma predisposição do momento					X							
Análise das Questões	Sugestão: ao invés de “Esperançoso”, “sentir-se com Esperança”		X				X		X				
	Os outros interferem na nossa qualidade de vida		X										
	Nós interferimos na sua qualidade de vida		X										
	A presença dos outros como testemunho		X										
	Os outros levam-nos mais à frente		X										
Nada assinalaram				X	X			X		X	X	X	X

Faceta SP8. *Fé*

Para uma melhor compreensão da posição dos grupos focais Hindu; Adventista; Testemunhas de Jeová; de Cuidadores Informais e de Profissionais de saúde, relativamente ao conceito *Fé*, transcrevem-se aqui as respetivas unidades de registo demonstrativas dessa posição.

G7- A fé é a força motriz.

- A fé é a própria vida em si. Para mim, eu considero a vida, a própria fé. Se não tiver fé, não temos uma rota, a bem dizer, para poder caminhar. Temos que ter um caminho para poder seguir e é a fé que nos leva até lá. Se não fosse a fé, não tínhamos nada.

G3 - Temos um histórico tão grande no passado com Ele [leia-se Deus], que isso dá-nos a garantia de aceitar aquilo que desafia a lógica meramente humana. Nesse sentido, a fé é muito mais relacional do que propriamente intelectual.

G9 – Temos Fé no Reino porque há evidências, há sinais. Tudo o que Jesus disse, está a acontecer!

G10 - Entendo, antes, a fé como uma relação pessoal com Deus, com os outros, uma relação de confiança: confio em ti, conto contigo, não para resolver mas para estares comigo...

- Pois, a fé na relação com os outros.

- Quando, por exemplo, ficas desiludido com uma pessoa, a tua fé nessa pessoa foi abalada e não tem nada de religioso.

G11 - Eu estava a ver não só a fé espiritual. Quantas vezes, nós dizemos para um doente: olhe, o caso é grave, mas temos que ter fé, até o dar testemunho de outras situações, a pessoa acredita, tem fé que vai conseguir e até ultrapassa.

- É, e muitas das vezes nós temos testemunhos de pessoas em que para a medicina já não havia solução e eles dizem que foi o acreditar, o terem fé em Deus, em Nossa Senhora de Fátima.

- Eu tenho esse caso. A mim, pessoalmente foi o que me aconteceu. Tive médicos a dizerem que o meu marido tinha seis meses de vida. E eu a perguntar se havia alguma hipótese. E eles a responderem-me: quer que diga a verdade? É como procurar uma agulha num palheiro. Portanto a probabilidade era zero. Houve uma enfermeira que me disse: olhe que o que parece, às vezes, não é. E contou até um caso em que a pessoa estava a recuperar...lá está, a fé, são pequenas coisas e de quem nos transmite.

G10- “As coisas têm uma razão de ser que a Ciência não explica. A Ciência não explica o “para quê” e o “porquê”...explica apenas o “como”, “de que

modo”, isso compete à Ciência. Acho que, ao invés de alternativa, são complementares, completam-se até!”

Na Tabela D12 apresenta-se a matriz de codificação feita a partir da análise à Faceta SP8. Fé [categoria pré-definida].

Tabela D12

Subcategorias e indicadores do conteúdo dos grupos focais relativamente à Faceta SP8. Fé

Subcategoria	Indicador	G1- Mestrado n = 20	G2- doentes n = 6	G2- Adventistas n = 8	G4 - Ateus n = 4	G5- Católicos 1 n = 6	G6- Católicos 2 n = 10	G7- Hindus n = 7	G8- Católicos não praticantes n = 7	G9- Evangélicos n = 6	G10- Cuidadores Informais n = 7	G11- Profissionais de saúde n = 6	G912 - Testemunhas de Jeová n = 3
Terminologia da faceta	Fé como força motriz							X					
	Acreditar	X	X	X					X			X	
	Relação de confiança em Deus			X		X	X			X		X	X
	Relação de confiança nos outros											X	
	Fé como complementar da Ciência										X		
	Como algo irracional				X								
	Como expectativa certa												X
	Não se identificaram com a Expressão	X			X								
Relação com a espiritualidade	Ligação à espiritualidade	X	X	X		X	X			X			
Relação com a Religião e/ou religiosidade	Com uma contação demasiado religiosa	X			X								
	Pode estar ou não associada à Religião		X						X		X		

WHOQOL-SRPB: facetas adicionais da versão em Português Europeu

As facetas adicionais da versão em Português Europeu do WHOQOL-SRB emergiram, espontaneamente, no debate dos grupos focais, a propósito, como vimos,

quer dos conceitos subjacentes a esse instrumento de medida, quer das suas facetas e respectivas questões.

Na Tabela D13 incluímos a codificação feita por três avaliadores [Cód. 1] e na Tabela D14 o balanço final das duas codificações efetuadas, a inicial [Cód. 1] e a realizada por um juiz independente.

Tabela D13

Categorias, subcategorias e sua codificação inicial feita pelo Codificador 1

Código	Categoria	Código	Sucategoria
1.	<i>Relação com os outros</i>	1.1.	Qualidade de vida
		1.2.	Felicidade
		1.3.	Harmonia
		1.4.	Paz
		1.5.	Serenidade
		1.6.	Bem-estar
		1.7.	Ter ou dar sentido
		1.8.	Aspetos negativos
		1.9.	Presença dos outros como testemunho
		1.10.	Bom relacionamento com os outros
		1.11.	Alento para viver/Força para continuar
		1.12.	Comunidade religiosa
		1.13.	Ter disponibilidade para os outros
		1.14.	Saber ser e saber estar para os outros
		1.15.	Prática da religião
		1.16.	Ajuda aos necessitados
		1.17.	Adoração a Deus
		1.18.	Ligação a Deus
		1.19.	Respeito pelos outros
		1.20.	Ligação à religiosidade
		1.21.	Consequências da religiosidade ritualista
		1.22.	crenças pessoais
		1.23.	Ligação ao Cristianismo/Catolicismo
		1.24.	crença nas pessoas/ Bondade das pessoas
		1.25.	Acreditar na ajuda que se presta aos outros
		1.26.	Atividades associativas e caritativas
		1.27.	Dar sentido à vida dos outros
		1.28.	Força espiritual
		1.29.	Ligação a Deus
		1.30.	Relação de confiança
		1.31.	Fé
		1.32.	Praticar boas ações
		1.33.	Ligação ao Dharma enquanto religião e dever
		1.34.	Dever perante a sociedade/os outros

		1.35.	Ligação à religião
		1.36.	Propósito
		1.37.	Ligação à espiritualidade
		1.38.	Consequências do egoísmo
		1.39.	Essencialidade da parte relacional/dos outros
		1.40.	Promoção da saúde dos outros
		1.41.	Importância do Grupo
		1.42.	Humanidade/família alargada aos outros
		1.43.	Amor
		1.44.	Ter e dar vida aos outros
		1.45.	Interligação Paz/serenidade/harmonia
2.	<i>Estilo de Vida</i>	2.1.	Relação entre estilo de vida e religiosidade
		2.2.	Consequências do ensino da religião
		2.3.	Yoga/Preparação espiritual/moral
		2.4.	Reflexos da religião na Educação/Formação
		2.5.	Adesão a um grupo/ Espírito de grupo/união espiritual
		2.6.	Ritual como forma de vida/consequências do ritual
		2.7.	Meditação como forma de vida
		2.8.	Prática diária como filosofia de vida
		2.9.	Realização de obras caritativas em nome de Deus
		2.10.	Balço permanente de vida
		2.11.	Essencialidade dos cuidados de vida, da alimentação
		2.12.	Relacionamento saudável como consequência de um estilo de vida
		2.13.	Ligação do estilo de vida ao grupo/comunidade
		2.14.	Ligação das práticas de abstinência ao amor ao próximo
		2.15.	Crescimento pessoal
		2.16.	Ligação da vivência do dia-a-dia à fé
		2.17.	Concretização da espiritualidade

Tabela D14
 Balanço das Codificações efetuadas pelo Codificador 1 e pelo Codificador 2

Nº unidade de registo	Unidade de registo	Cod1	Cod2	Acordo S/N
1	(G10) - Sim, a qualidade de vida também tem a ver com os outros. (...)	1.1.	1.1.	S
2	(G4) - É óbvio que o que me faz feliz não são apenas as coisas materiais; obviamente ou nem sequer são só as coisas materiais, o estar bem com as pessoas (...)	1.2.	1.2.	S
3	(G8) – (...) a qualidade de vida passa exatamente por essa busca do indivíduo (...) de tentar encontrar uma maneira harmoniosa de estar com os outros e com o mundo, basicamente.	1.3.	1.3.	S
4	(G5) - A qualidade de vida passa pelas coisas que para nós têm sentido, a que nós damos sentido e que faremos dar a outros.	1.7.	1.7.	S
5	(G7) – A qualidade de vida é o bem-estar. Dentro de bem-estar (...) é estarmos bem com a sociedade.	1.6.	1.6.	S
6	(G3) – A qualidade de vida é um bem-estar completo que abarca (...) o aspeto social.	1.6.	1.6.	S
7	(G10) - Pois e também o lado negativo. A má-língua também não interfere na nossa qualidade de vida? E não tem a ver com os outros?	1.8.	1.1.	N
8	(G2) - Nós também interferimos na qualidade de vida dos outros e os outros na nossa.	1.8.	1.8.	S
9	(G2) - Sim, estou a pensar no caso da Liga contra o Cancro. Quando tive a doença, o facto de as outras que tinham tido nos ajudarem, foi muito importante. Às vezes só a sua presença é um testemunho!	1.9.	1.9.	S

Tabela D14
Balanco das Codificacoes efetuadas pelo Codificador 1 e pelo Codificador 2

Nº unidade de registo	Unidade de registo	Cod1	Cod2	Acordo S/N
10	(G2) - É verdade, os outros levam-nos mais à frente, muitas vezes até sem palavras, só com a sua presença!...	1.11.	1.11.	N
11	(G12) - A minha qualidade de vida é muito melhor se eu tiver um relacionamento bom com os outros, com o meu vizinho, por exemplo. Já Jesus dizia que há mais felicidade em dar do que receber.	1.10.	1.10.	S
12	(G1) - Ter qualidade de vida, eu acho que é ter disponibilidade para si e para os outros.	1.13.	1.13.	S
13	(G1) - a qualidade de vida (...) é saber estar, saber ser, para os outros.	1.14	1.14	S
14	(G6) – Porque acho que faz parte da minha espiritualidade ter a religião. (...) Viver a religião, em comunidade.	1.35.	1.35.	S
15	(G9) - não é a religião que nos leva a ser espirituais mas a nossa espiritualidade é que depois vai desembocar na prática da religião para ajudar quem precisa, é a prática.	1.16.	1.16.	S
16	(G9) - A religião pura e imaculada é ajudar os órfãos e as viúvas nas suas necessidades. É o que nós entendemos por religião na Bíblia sagrada.	1.16.	1.16.	S
17	Nós, realmente, como já ouvimos, quando nos reunimos, congregamo-nos para adorar o Senhor, para o louvar (...)	1.17.	1.12.	N
18	A nossa ligação com Deus, transformou a nossa vida e depois, com a nossa vida transformada, sentimo-nos bem a ajudar os outros.	1.18.	1.18.	S

Tabela D14
Balço das Codificações efetuadas pelo Codificador 1 e pelo Codificador 2

Nº unidade de registo	Unidade de registo	Cod1	Cod2	Acordo S/N
19	(G1) - Penso que é importante não agredir, não ser agredida, não agredir ninguém. É o que é importante para você viver assim, tranquila, sem remorsos.	1.19.	1.19.	S
20	(G1) - A religiosidade não é só ir à igreja. É fazer algo que seja bom para você mas também para os outros.	1.20.	1.20.	S
21	(G2) - Há pessoas que vão à igreja, rezam, comungam e maltratam. São frequentadores assíduos da igreja e maltratam os pais.	1.21.	1.21.	S
22	(G5) - No nosso grupo, a espiritualidade, sendo algo que se fortalece, é feito através do nosso caminho, aqui, enquanto seres religiosos, enquanto temos esta crença no Cristianismo, no Catolicismo.	1.23.	1.23.	S
23	(G5) - Agora “crenças pessoais”, muitas não de vir daqui, até porque grande parte da nossa educação e da nossa socialização é vinda daqui, do Cristianismo.	1.22.	1.22.	S
24	(G8) - Eu acredito que as pessoas são naturalmente boas e simpáticas. Toda a minha vida tive esta crença e tenho a crença de que gosto de toda a gente. De vez em quando levo uma chapada na vida. Digo sempre “para a próxima vou ser mais cautelosa. Talvez não sejam todos bons” mas não vai abalar a minha crença de que as pessoas naturalmente são boas.	1.24.	1.24.	S
25	(G4) - crença pessoal implica acreditar em qualquer coisa. Eu acredito nas pessoas.	1.24.	1.24.	S
26	(G4) - Olha, eu esqueci-me de dizer uma coisa em que acredito: acredito que consigo ajudar os meus alunos...às vezes. Já ajudei alguns e espero, ainda, ajudar mais alguns.	1.25.	1.25.	S
27	(G5) – (...) por exemplo, as nossas atividades de associação, as da música, as do ATL, as do desporto... tudo isto é cuidar das pessoas.	1.26.	1.26.	S

Tabela D14
 Balanço das Codificações efetuadas pelo Codificador 1 e pelo Codificador 2

Nº unidade de registo	Unidade de registo	Cod1	Cod2	Acordo S/N
28	(G5) - Nós estamos a promover ações que deem sentido à vida das pessoas. Eu acho que nós também encontramos sentido na vida quando damos sentido à vida dos outros.	1.27.	1.27.	S
29	(G5) - Cuidar dos outros é também zelar para que os outros tenham vida e façam parte da nossa vida.	1.44.	1.44.	S
30	(G5) - Pois, e se eles estão bem, tu também estarás bem...quando as pessoas à tua volta estão bem...	1.6.	1.6.	S
31	(G5) – o nosso propósito...é fazer os outros felizes.	1.36.	1.36.	S
32	(G1) - Aqui, em vez de “Em que medida cuidar dos outros”, “em que medida é que a relação com os outros dá sentido à sua vida”? - Sim. A relação com os outros. A relação com os outros não é só “cuidar”.	1.7.	1.7.	S
33	(G1) - A paz é mais um sentimento íntimo, ao passo que a serenidade pode ser na relação com os outros. - E, às vezes, a serenidade ajuda-nos a encontrar a paz. - Pode ser na relação com os outros. Uma pessoa que é capaz de se controlar, não se exaltar, de ser capaz de se manter serena, é mais na relação. Ao passo que a paz é alguma coisa mais íntima, não é?	1.5.	1.5.	S
34	(G4) - Uma pessoa quando sente uma certa paz interior, é quando, de uma maneira em geral a gente está bem com os outros. Isto é mesmo assim. Se nós fizermos uma sacanagem qualquer, se formos, ou em palavras ou atos ou qualquer coisa contra alguém eu penso que a gente, por mais tempo que passa, não consegue ter uma paz interior, não é? A gente só consegue ter uma verdadeira paz interior se formos boas pessoas. - Mas tu dizes que sentes paz interior quando estás bem com os outros, é? - Tem a ver com os outros. É dicotómico, dá para os dois lados.	1.4.	1.4.	S

Tabela D14
 Balanço das Codificações efetuadas pelo Codificador 1 e pelo Codificador 2

Nº unidade de registo	Unidade de registo	Cod1	Cod2	Acordo S/N
35	(G6) - Ou seja, esta paz consigo próprio, nós podemos não estar com essa paz interior porque são situações que nós temos que resolver, são atitudes que nós temos que ter e que são as certas e que nós achamos que são as certas mas que não nos dão assim, essa paz interior. não sei se me consigo fazer entender. Mesmo na relação com as pessoas temos que decidir: esta é a atitude correta, nós temos que fazer isto e isso, no fundo, dá-nos uma paz porque é a atitude correta mas, no fundo, não nos dá aquela paz interior!	1.4.	1.4.	S
36	(G10) - Normalmente está tudo interligado: uma pessoa que tem uma certa serenidade, tenta estar em harmonia com os outros, também acaba por ter uma paz interior. Agora o contrário...lá está tudo interligado.	1.45.	1.45.	S
37	(G11) - Por exemplo num casamento ou pai e filho, mãe e filha, ou coisa assim, acho que se temos alguém muito perto, de quem gostamos muito (...) acho que pode ser isso que nos faz andar, correr, fazer esforços (...) eu acho que há pessoas que nos fazem andar, pelos quais nós lutamos e nos esforçamos e vivemos, não?	1.11.	1.11.	S
38	(G10) - Portanto essa força espiritual também se vai buscar nos outros e em várias situações. - Conseguimos ter esses exemplos e conseguimos levantar-nos. A força das pessoas que têm um mal, uma doença, ou uma desgraça que aconteceu na vida vai-nos dando ânimo, e ajuda-nos a “dar a volta”. Com a reação da própria pessoa que está doente, que até nos dá força a nós.	1.28.	1.28.	S
39	(G3) - A razão da nossa existência é mesmo Deus. Nós sentimos isso. Sabemos que se aceitamos Deus e que se aceitamos o que ele quer para nós, nós vamos alcançar, aí o propósito, que será a vida eterna e mesmo, na vida prática, o ajudar os outros.	1.29.	1.29.	S

Tabela D14
 Balanço das Codificações efetuadas pelo Codificador 1 e pelo Codificador 2

Nº unidade de registo	Unidade de registo			Acordo S/N
	Cod1	Cod2		
40	(G10) - Entendo, antes, a fé como uma relação pessoal com Deus, com os outros, uma relação de confiança: confio em ti, conto contigo, não para resolver mas para estares comigo...	1.30.	1.30.	S
41	(G10) - Pois, a fé na relação com os outros. - Quando por exemplo ficas desiludido com uma pessoa, a tua fé nessa pessoa foi abalada e não tem nada de religioso.	1.31.	1.31.	S
42	(G7) - No Hinduísmo, o que é que se diz? Para atingir este corpo, o corpo humano, nós temos que fazer muito boas ações.	1.32.	1.32.	S
43	(G7) - Portanto Dharma tem vários sentidos. Se vai ver a palavra religião traduzida na Língua Indiana chama-se Dharma mas se traduzir Dharma novamente, não quer dizer religião, quer dizer dever.	1.33.	1.33.	S
44	(G7) - Dharma é o nosso dever perante a sociedade, perante os outros.	1.34.	1.34.	S
45	(G12) - A relação com os outros é muito importante para a Testemunha de Jeová (...)	1.35.	1.12.	N
46	(G12) - Temos dois grandes mandamentos: amar a Deus e amar o próximo. Um cristão não se isola.	1.43.	1.43.	S
47	(G5) - Somos todos da mesma família, todos, toda a Humanidade, e se, realmente, como grande família onde as pessoas se querem umas às outras e isto é a essência de uma família, quererem-se bem, uns aos outros, fazerem pelos outros.	1.42.	1.42.	S
48	(G5) - Eu procuro viver um bocado esta dimensão como meu propósito, fazer felizes os outros.	1.36.	1.36.	S

Tabela D14
Balço das Codificações efetuadas pelo Codificador 1 e pelo Codificador 2

Nº unidade de registo	Unidade de registo	Cod1	Cod2	Acordo S/N
49	(G7) - O egoísmo, que é a vantagem própria, implica estar-se ingrato perante o criador (...) Leva apenas à inveja e à cobiça. Se toda a humanidade é uma grande família, não há lugar para o egoísmo. Ao ser-se egoísta, está-se mais afastado de Deus, está-se próximo do obscurantismo.	1.38.	1.38.	S
50	(G6) - Mas, mais que isso, o que eu acho que falta aqui é um bocadinho a relação interpessoal. (...) há uma parte (...) que respeita a essa relação interpessoal, da relação com os outros que influencia a espiritualidade... - Pois, aqui o que há é muito o "eu", falta a parte do "outro".	1.39.	1.39.	S
51	(G3) - De outras coisas fundamentais que falámos e que falta aqui, há uma que engloba tudo, que é essa parte que nós devemos ter: - A parte relacional.	1.39.	1.39.	S
52	(G3) – Sim. Falta aqui a componente do amor. - O amor ao próximo. (...) o nosso próximo.	1.43.	1.43.	S
53	(G3) - É o relacionamento horizontal. - Porque é uma parte integrante da espiritualidade.	1.37.	1.37.	S
54	(G10) - A dimensão dos outros, acho que é fundamental e está apenas numa ou noutra questão.	1.39.	1.39.	S
55	(G4) – O que deveria ser acrescentado seria uma parte relativa aos outros. - Sim, porque o resto está, embora o questionário esteja muito voltado para a religião.	1.39.	1.39.	S

Tabela D14
 Balanço das Codificações efetuadas pelo Codificador 1 e pelo Codificador 2

Nº unidade de registo	Unidade de registo	Cod1	Cod2	Acordo S/N
56	(G5) – Falta a tal parte sobre os outros, da relação.	1.39.	1.39.	S
57	(G3) - Até porque gostamos que as pessoas que nos rodeiam se sintam bem, não só a nível espiritual mas também a nível de saúde e de relacionamentos. Isso, para nós, é muito importante. Por isso é que a nossa igreja motiva a expo saúde (...)	1.40.	1.40.	S
58	(G3) - “estilo de vida” tem tudo. Há uma relação importante entre o estilo de vida e a religiosidade. não é só a saúde...	2.1.	2.1.	S
59	(G12) – (o ensino) Melhora até o estilo de vida das pessoas.	2.2.	2.2.	S
60	(G12) - Temos dados concretos que o ensino produz resultados: pessoas com problemas de álcool ou de tabaco, que se conseguiram afastar desses vícios, que melhoraram a sua vida pessoal e familiar.	2.2.	2.2.	S
61	(G12) - Porque se eu fumar ao pé de quem não fuma, não estou a pôr em prática o amor ao próximo.	2.14.	2.14.	S
62	(G12) - Se fizer um estudo com as Testemunhas de Jeová, verá que são os que menos fumam, os que não vão para a taberna e os que têm um bom relacionamento de casal.	2.1.	1.1.	N
63	(G5) - Na nossa associação há a formação integral dos jovens que, depois se vai traduzir num estilo de vida que pode ser um bocadinho diferente do dos outros jovens.	2.4.	2.4.	S
64	(G5) - Nós por exemplo, crescemos aqui, fazemos um caminho, no sentido de nos tornarmos melhores pessoas...	2.15.	2.15.	S
65	(G5) - (...) Tudo é vivido a partir da fé, no fundo neste Jesus, neste Deus que me habita e que sinto em cada um. E toda a minha vida é vivida assim, a partir daí.	2.16.	2.16.	S

Tabela D14
 Balanço das Codificações efetuadas pelo Codificador 1 e pelo Codificador 2

Nº unidade de registo	Unidade de registo	Cod1	Cod2	Acordo S/N
66	(G5) - Tudo é muito bom, claro, e amar a este, amar àquele, amar este trabalho.	2.2.	1.43.	N
67	(G5) - procurar fazer o bem, tudo isto.	2.2.	2.8.	N
68	(G5) - Só que não uma religiosidade vazia, dos rituais, do ir à missa, é mesmo um estilo de vida, o nosso.	2.1.	2.1.	S
69	(G7) - Em termos de religiosidade, por exemplo, a nossa religião fala muito em meditação. E podemos estar financeiramente mal mesmo a nível da saúde, ou com o stress ou outras dificuldades, a meditação ajuda-nos a superar problemas que nós temos...meditação, yoga...muitas vezes as pessoas dizem que a yoga, associam yoga com ginástica...mas não é ginástica, a yoga, a própria palavra diz... - Preparação moral, espiritual.	2.3.	2.3.	S
70	(G7) - Em relação, por exemplo, à educação, na nossa religião, nós consideramos, por exemplo, o nosso professor, que chamamos guru, Mestre, como um Deus. Automaticamente já está relacionada a educação. Os nossos pais, que nos criam, que nos dão educação também devem ser respeitados como Deus. Nós consideramos nossos pais como Deuses. Ao fim, e ao cabo, foram os nossos criadores, não é?(...) - Os que nós recebemos em casa, que vêm e são tipo hóspedes, podemos dizer. Devemos respeitar como Deus também.	2.4.	2.4.	S
71	(G6) - Essa relação interpessoal reflete-se no espírito de grupo, de fazer coisas porque o grupo faz, da adesão ao grupo.	2.5.	1.12.	N
72	(G6) - - e é isso que faz a parte ritual – é o sentir-se bem no meio dos outros e os outros sentem-se bem também...	2.6.	2.6.	S
73	(G6) - É aquilo que tu aplicas, como é que concretizas a tua espiritualidade.	2.17.	2.17.	S

Tabela D14
Balção das Codificações efetuadas pelo Codificador 1 e pelo Codificador 2

Nº unidade de registo	Unidade de registo	Cod1	Cod2	Acordo S/N
74	(G6) -Eu estava a ver mais neste sentido: como os outros fazem também, sentes uma união espiritual, estás a perceber?	2.5.	2.5.	S
75	(G6) -Eo ritual tem a ver com isso. Com uma certa forma de viver e num contexto.	2.6.	2.6.	S
76	(G3) - Mas um aspeto curioso. Quando são feitos os Censos, no penúltimo havia a questão da identificação, o número de pessoas que se identificava como adventistas em Portugal, ultrapassa, para aí 5 vezes mais o número de pessoas oficialmente registadas portanto há pessoas que poderão identificar-se com a nossa filosofia de vida, que está muito ligada a um estilo de vida, mas não são necessariamente praticantes no sentido em que vão à igreja, mas para um adventista normal, daquele que é membro, tradicionalmente é alguém que pratica... - E que está ativo. - Embora haja pessoas que, quer por uma questão geográfica, quer física, não frequentam uma comunidade, mas tradicionalmente não há esse conceito de “não praticante”. - Até porque praticamos todos os dias em nossa casa, está a ver? A ler um pouquinho da Bíblia, a fazer uma meditação, portanto somos praticantes todos os dias, não é só vir à igreja.	2.8.	2.8.	S
77	(G7) – (...) e se nós não fizermos o bem, nesta vida, nós temos que entrar novamente neste círculo da vida, que temos que reencarnar em vários tipos de animais e ir novamente tentar chegar ao Supremo. Mas, só o ser humano, só com este corpo é que é possível fazer boas ações (...)	2.8.	2.8.	S
78	(G7) – O ser humano tem que ser benevolente e fazer a obra de caridade e compaixão	2.8.	2.8.	S

Tabela D14
 Balanço das Codificações efetuadas pelo Codificador 1 e pelo Codificador 2

Nº unidade de registo	Unidade de registo	Cod1	Cod2	Acordo	
				S/N	S/N
79	(G7) – as quais (obra de caridade e compaixão) são feitas em nome de Deus.	2.9.	2.9.		S
80	(G7) - O nosso corpo vai mudando, renasce na forma humana mas a alma mantém-se a mesma. Antes da forma humana, passou por vários estados, são os 4 estágios do Hindu. Há uma evolução em termos Kármicos: nascemos e renascemos constantemente para preparar e unir a Deus. O Karma, o que é? É o balanço que vai ficando. E não é a ação que é julgada mas sim a intenção com que se pratica a ação. O mau Karma é o mau saldo. -A meditação, ao fazer a ligação entre a mente, o corpo e a alma, leva a que o indivíduo deixe de pensar por reflexos e passe a refletir pela alma e aí, vai buscar muita informação ao passado.	2.10.	2.7.		N
81	(G3) - Há toda uma dimensão que não aborda aqui que é a nossa bandeira, que é toda a parte da saúde física. Uma componente física que está associada também. Os cuidados de vida, da alimentação... - Mais na perspetiva da prevenção, de um estilo de vida. E que o inquérito não tem.	2.11.	2.11.		S
82	(G7) – Agora, dentro do que falámos, da nossa filosofia de vida, o questionário deveria ter algo sobre isso.	2.1.	2.8.		N
83	(G12) – Para além do aspeto que falámos sobre o amor ao próximo, o nosso estilo de vida que, como dissemos, conduz a um relacionamento mais saudável.	2.12.	2.12.		S
84	(G5) – A incluir, seria, ainda, o que falámos sobre o estilo de vida, que adquirimos com o caminho que fazemos no nosso grupo e que é importante e não está.	2.1.	2.13.		N

Anexo E | Autorizações dos autores dos instrumentos de medida

De: **Adriano Vaz-Serra**

Assunto: Re: Pedido_Projeto de investigação

Nazaré,

Para lhe poder enviar o IACLIDE, escala de avaliação da depressão criada por mim, preciso que me envie o seu endereço de correio normal: **rua, número de porta e código postal.**

Quando receber esta informação envio-lhe tudo quanto precisa, incluindo um MINI-CD com o programa de cotacção.

Fico a aguardar uma resposta sua.

Com as melhores saudações,

Adriano Vaz Serra

.....

From: **Kenneth I Pargament**

Subject: RE: RCOPE Scale_Request

Dear Nazarete:

You have my permission to use the RCOPE in your study. I have attached copies of the Brief RCOPE and RCOPE. Don't worry about contacting Lisa Perez or Harold Koenig. Having my permission is sufficient.

Best regards,

Kenneth I. Pargament, Ph. D.
Distinguished Scholar-in-Residence
Institute for Spirituality and Health

Professor
Department of Psychology
Bowling Green State University

From: **Maltby, John (Dr.)**

Subject: FW: Request_PhD at the Faculty of Psychology and Educational Sciences,

Dear Nazarete

I did not receive a message from you. Please feel free to use the scale - it is in the public domain.

Best Wishes

John

School of Psychology
Leicester University
Henry Wellcome Building
Lancaster Road
Leicester

From: **Jeffrey Bjorck**

Subject: Re: Multi-Faith Religious Support Scale (MFRSS)_REQUEST

Dear Nazarete,

Thanks for your interest. The MFRSS is slated to be featured this month in the attached article, to appear in the Journal of Muslim mental Health. I grant you permission to use the scale (also attached), with the following conditions:

- 1) You not only translate it into Portuguese but also use back-translation to ensure that the translations are compatible.
- 2) You cite the reference of the attached article, and update it to the actual publication once it is published later this month.

I wish you much success with your research. Please send me a summary of your findings when you finish your study. I would be interested to read what you discover.

Best regards,

Jeff Bjorck, Ph.D.
Professor of Psychology
Licensed Psychologist (PSY13408)

Fuller Theological Seminary
Graduate School of Psychology



RALPH L. PIEDMONT, Ph.D.

328 East Timonium Road
Timonium, MD 21093
Telephone: (410) 925-7854
Fax: (410) 617-7644
E-Mail: rpiedmont@loyola.edu

June 12, 2012

Dear Ms. Catré:

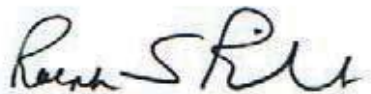
In response to your request to translate the *Assessment of Spirituality and Religious Sentiments* (ASPIRES), permission is hereby granted to you to develop a Portuguese version of the ASPIRES and to use this version in a research study entitled, "*Spirituality, religiousness and Quality of Life in Education Professionals*" subject to the following restrictions:

- (1) Any and all materials used will contain the following credit line:
"ASPIRES copyrighted 1999, 2004 by Ralph L. Piedmont, Ph.D. Further reproduction is prohibited with permission of the Publisher."
- (2) None of the materials may be sold or used for purposes other than those described above.
- (3) You will make no more than 650 copies of the Portuguese version.
- (4) Once the translation is complete, a back translation will be conducted and the back-translation will be forwarded to Dr. Piedmont for review and suggestions. Data collection shall not commence until a mutually-satisfactory version is completed and approval given by Dr. Piedmont.
- (5) The final version of the translated instrument, a description of the validation research and any validity data will be sent to Dr. Piedmont.
- (6) You can publish the results of the validity examination without putting forth the text of the ASPIRES.

- (7) You hereby agree to assign all rights and title to the translation to Ralph L. Piedmont, Ph.D.

Please sign and return to me one copy of this agreement to indicate that you intend to proceed with the translation and that you are in agreement with the above restrictions. If you decide not to proceed with the translation, please return the permission agreement to me and so indicate. This proposed Agreement will expire if it is not signed and returned to me within 30 days.

Sincerely,



Ralph L. Piedmont, Ph.D

ACCEPTED AND AGREED:

BY: 
Nazarete Catré

DATE: 2/07/2012

Anexo F | Autorizações das seguintes entidades:

- Comissão Nacional de Proteção de Dados
- Direção Geral da Educação



DELIBERAÇÃO N.º 1457 / 2012

Maria Nazarete Soares da Silva Costa Catré, no âmbito da sua Tese de Doutoramento, notificou à CNPD um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo observacional sobre “A Espiritualidade, Religiosidade e Qualidade da Vida em Profissionais da Educação”.

Trata-se de um estudo a realizar em vários estabelecimentos de ensino básico, secundário e universitário da Região Centro.

Os dados tratados são: género, idade, estado civil, nível de escolaridade, profissão, freguesia, concelho e distrito de residência, autoavaliação do estado de saúde, doenças de que padece, tratamento, considera-se uma pessoa religiosa, afiliação religiosa, assiduidade nos locais de culto, crenças espirituais, religiosas ou crenças pessoais, autoavaliação da qualidade de vida, crenças religiosas, princípios e valores pessoais e a forma como estes afetam a sua qualidade de vida, inventário de avaliação clínica da depressão, como lida com os acontecimentos negativos da sua vida, perceções sobre o mundo e o seu lugar nele, autoavaliação das características pessoais, grau de satisfação em relação à globalidade do apoio ou ajuda que tem.

Refere ainda a investigadora que os dados serão recolhidos através de questionários anónimos.

Pela análise dos dados recolhidos e da metodologia aplicada verifica-se que não há tratamento de dados pessoais, uma vez que em nenhum momento do estudo é possível o relacionamento directo ou indirecto da identificação dos participantes no estudo com a informação constante dos cadernos de recolha de dados. Assim, porque não existe tratamento de dados pessoais, não se aplica a Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro.

Lisboa, 14 de Dezembro de 2012

Ana Roque, Helena António, Carlos Campos Lobo, Luís Paiva de Andrade (Relator),
Vasco Almeida

Lúis Barroso (Vogal, em substituição da Presidente)

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0336800001, com a designação *Espiritualidade, Religiosidade e Qualidade de Vida em profissionais da Educação*, registado em 14-12-2012, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo(a) Senhor(a) Dr(a) Maria Nazarete Soares da Silva Costa Catré
Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos, devendo atender-se às observações aduzidas.

Com os melhores cumprimentos
José Vitor Pedroso
Diretor de serviços de Projetos Educativos
DGE

Observações:

- a) A realização do Inquérito fica sujeita a autorização prévia da Direção do Agrupamento/Escolas.
- b) Dado que na investigação se obtêm dados para uso e tratamento em trabalho académico, exige-se a garantia de anonimato, confidencialidade e proteção dos mesmos. Deverá ser obtido o consentimento informado e a respetiva autorização dos inquiridos para realização do estudo.

Anexo G | Cartas de apresentação do projeto solicitando a sua participação e
respetivo pedido de autorização dirigidas às seguintes entidades:

- Comunidades Religiosas
- Estabelecimentos de Ensino

Exmo(a) Senhor(a)

Maria Nazarete Soares da Silva Costa Catré, doutoranda do Curso de Doutoramento Interuniversitário, em Psicologia da Educação, pelas Faculdades de Psicologia e Ciências da Educação das Universidades de Coimbra e Lisboa, vem, por este meio, solicitar a V. Ex^a se digne autorizar a realização do Inquérito relativo ao seu estudo, abaixo identificado, na Vossa Comunidade Religiosa. Mais se informa que o mesmo foi submetido à apreciação da Comissão Nacional de Proteção de Dados, cuja Deliberação favorável à sua realização obteve o nº 1457/2012.

Espera deferimento

A Doutoranda



INVESTIGAÇÃO:

“Espiritualidade, Religiosidade e Qualidade de vida em Profissionais da Educação”

Doutoramento Interuniversitário pelas Faculdades de Psicologia e Ciências da Educação das Universidades de Coimbra e Lisboa

Doutoranda: Maria Nazarete Soares da Silva Costa Catré

Orientação Científica: Professor Doutor Joaquim Armando Ferreira e Doutora Teresa Pessoa, ambos da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Objetivos Gerais: Este estudo tem como objetivos validar a Versão Portuguesa [de Portugal] do Instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (WHOQOL-SRPB) da Organização Mundial de Saúde e contribuir para o estudo das características psicométricas desse mesmo instrumento; aferir o poder preditivo da espiritualidade e da religiosidade na qualidade de vida dos Profissionais da Educação, contribuindo para o estudo da espiritualidade e da religiosidade em Portugal.

Papel dos participantes: Pretende-se a sua colaboração, voluntária, no preenchimento dos seguintes questionários: WHOQOL-BREF; domínio VI-SRPB do WHOQOL 100; WHOQOL-SRPB; IACLIDE; Brief RCOPE; ASPIRES; BFI; MFRSS; *AGE UNIVERSAL-I-E Scale 12*, com vista à prossecução dos objetivos supra enunciados. Os participantes poderão manifestar a sua recusa em preencher os referidos questionários ou desistir de fazê-lo, a qualquer momento, manifestando expressamente essa sua intenção, sem que tal acarrete para si quaisquer consequências.

Papel da Investigadora: A investigadora deste projeto compromete-se a garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados que forem fornecidos pelos (as) participantes neste estudo e a utilizar esses dados somente para fins de investigação, em termos coletivos, não individuais e/ou individualizantes. Mais se compromete a garantir a liberdade das pessoas contactadas para poderem manifestar a sua recusa em fazê-lo, bem como a garantir a liberdade dos participantes no estudo para que possam desistir a qualquer momento, caso manifestem expressamente, numa e noutra situação, essa sua intenção, sem que tal acarrete quaisquer consequências para os mesmos.

Exmo(a) Senhor(a) Director(a) da Escola/Agrupamento de Escolas

Maria Nazarete Soares da Silva Costa Catré, doutoranda do Curso de Doutoramento Interuniversitário, em Psicologia da Educação, pelas Faculdades de Psicologia e Ciências da Educação das Universidades de Coimbra e Lisboa, vem, por este meio, solicitar a V. Ex^a se digne autorizar a realização dos inquéritos infra identificados nesse estabelecimento de ensino, (que se anexam para os devidos efeitos), destinados, quer ao pessoal docente, quer ao pessoal não docente, com vista à recolha de dados para o seu estudo, nos termos e nas condições que abaixo se enunciam. Este estudo foi submetido à apreciação da Comissão Nacional de Proteção de Dados, cuja Deliberação favorável à sua realização obteve o nº 1457/2012. Foi ainda objeto de autorização pela DGIDC através do sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME), tendo sido ontemplado com o nº 0336800001.

Espera deferimento

A Doutoranda



.....

INVESTIGAÇÃO:

“Espiritualidade, Religiosidade e Qualidade de vida em Profissionais da Educação”

Doutoramento Interuniversitário pelas Faculdades de Psicologia e Ciências da Educação das Universidades de Coimbra e Lisboa

Doutoranda: Maria Nazarete Soares da Silva Costa Catré

Orientação Científica: Professor Doutor Joaquim Armando Ferreira e Doutora Teresa Pessoa, ambos da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Objetivos Gerais: Este estudo tem como objetivos validar a Versão Portuguesa [de Portugal] do instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (WHOQOL-SRPB) da Organização Mundial de Saúde e contribuir para o estudo das características psicométricas desse mesmo instrumento; aferir o poder preditivo da espiritualidade e da religiosidade na qualidade de vida dos Profissionais da Educação, contribuindo para o estudo da espiritualidade e da religiosidade em Portugal.

Papel dos participantes: Pretende-se a sua colaboração, voluntária, no preenchimento dos seguintes questionários: WHOQOL-BREF; domínio VI-SRPB do WHOQOL 100; WHOQOL-SRPB; IACLIDE; Brief RCOPE; ASPIRES; BFI; MFRSS; AGE UNIVERSAL-I-E Scale 12, com vista à prossecução dos objetivos supra enunciados. Os participantes poderão manifestar a sua recusa em preencher os referidos questionários ou desistir de fazê-lo, a qualquer momento, manifestando expressamente essa sua intenção, sem que tal acarrete para si quaisquer consequências.

Papel da Investigadora: A investigadora deste projeto compromete-se a garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados que forem fornecidos pelos (as) participantes neste estudo e a utilizar esses dados somente para fins de investigação, em termos coletivos, não individuais e/ou individualizantes. Mais se compromete a garantir a liberdade das pessoas contactadas para poderem manifestar a sua recusa em fazê-lo, bem como a garantir a liberdade dos participantes no estudo para que possam desistir a qualquer momento, caso manifestem expressamente, numa e noutra situação, essa sua intenção, sem que tal acarrete quaisquer consequências para os mesmos.

Anexo H | Informação relativa ao projeto de investigação
Ficha de dados sociodemográficos



Doutoramento Interuniversitário em Psicologia da Educação

Faculdades de Psicologia e Ciências da Educação das Universidades de Coimbra e Lisboa

INVESTIGAÇÃO:

“Espiritualidade, Religiosidade e Qualidade de vida em Profissionais da Educação”

Maria Nazarete Soares da Silva Costa Catré, Doutoranda do Curso de Doutoramento Interuniversitário em Psicologia da Educação, pelas Faculdades de Psicologia e Ciências da Educação das Universidades de Coimbra e Lisboa, vem, por este meio, solicitar a V. Ex^a a colaboração no preenchimento do Inquérito que se anexa com vista à recolha de dados para o seu estudo, cujos objetivos e condições de realização abaixo se enunciam.

Este estudo foi submetido à apreciação da Comissão Nacional de Proteção de Dados, cuja Deliberação favorável à sua realização obteve o nº 1457/2012. Foi ainda objeto de autorização pela DGIDC através do sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar (MIME), tendo sido ontemplado com o nº 0336800001.

Orientação Científica: Professor Doutor Joaquim Armando Ferreira e Doutora Teresa Pessoa, ambos da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Objetivos Gerais: Este estudo tem como objetivos validar a Versão Portuguesa [de Portugal] do instrumento de qualidade de vida/espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (WHOQOL-SRPB) da Organização Mundial de Saúde e contribuir para o estudo das características psicométricas desse mesmo instrumento; aferir o poder preditivo da espiritualidade e da religiosidade na qualidade de vida dos Profissionais da Educação, contribuindo para o estudo da espiritualidade e da religiosidade em Portugal.

Papel dos participantes: Pretende-se a sua colaboração, voluntária, no preenchimento dos seguintes questionários: WHOQOL-BREF; domínio VI-SRPB do WHOQOL 100; WHOQOL-SRPB; IACLIDE; *Brief RCOPE*; *ASPIRES*; *BFI*; *MFRSS*; *AGE UNIVERSAL-I-E Scale 12*, com vista à prossecução dos objetivos supra enunciados. Os participantes poderão manifestar a sua recusa em preencher os referidos questionários ou desistir de fazê-lo, a qualquer momento, manifestando expressamente essa sua intenção, sem que tal acarrete para si quaisquer consequências.

Papel da Investigadora: A investigadora deste projeto compromete-se a garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados que forem fornecidos pelos (as) participantes neste estudo e a utilizar esses dados somente para fins de investigação, em termos coletivos, não individuais e/ou individualizantes. Mais se compromete a garantir a liberdade das pessoas contactadas para poderem manifestar a sua recusa em fazê-lo, bem como a garantir a liberdade dos participantes no estudo para que possam desistir a qualquer momento, caso manifestem expressamente, numa e noutra situação, essa sua intenção, sem que tal acarrete quaisquer consequências para os mesmos.

Dados pessoais

(Todas as questões relevam apenas para efeitos estatísticos, em termos coletivos, não individuais e/ou individualizantes)

Por favor, assinale com um **X** as questões cujas respostas têm um quadrado e/ou um retângulo à frente.

1. **Sexo** Masculino
Feminino

2. **Idade** _____ anos 3. **Data de nascimento** **D** **M** **A**
_____ / _____ / _____

4. Estado Civil

Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
Casado(a)	<input type="checkbox"/>
União de facto	<input type="checkbox"/>

Separado(a)	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a)	<input type="checkbox"/>
Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

5. Nível de escolaridade:

Não sabe ler nem escrever	<input type="checkbox"/>
Escola Primária/1º Ciclo	<input type="checkbox"/>
Escola Preparatória/2º Ciclo	<input type="checkbox"/>
3º Ciclo	<input type="checkbox"/>
Antigo Liceu/Escola Secundária (10º/11º/12º)	<input type="checkbox"/>
Bacharelato	<input type="checkbox"/>

Licenciatura	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>
Doutoramento	<input type="checkbox"/>
Outro. Qual?	<input type="checkbox"/>

5.1. Caso não tenha concluído o nível de escolaridade, indique até que ano estudou

7. **Situação Profissional:** Empregado(a) Desempregado(a)

8. Residência

Concelho	
Distrito	

9. Como está a sua saúde? Desenhe um círculo à volta do número que corresponde ao que considera que se aplica a si.

Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
1	2	3	4	5

10. Está atualmente doente?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

10.1. Que doença tem? _____

10.2. Há quanto tempo? _____

10.3. Tratamento

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

10.3.1. Qual o regime de tratamento?

Medicação Consulta externa Internamento

Outro Qual?

11. Em que medida se considera uma pessoa religiosa/crente/de fé? Desenhe um círculo à volta do número que considera que se aplica a si.

Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1	2	3	4	5

12. Por toda a experiência de vida que tem até à data, alguma vez pôs em causa a sua fé/crenças religiosas, espirituais e/ou pessoais?

Sim	
Não	

13. Se respondeu afirmativamente, diga que razões o(a) levaram a pôr em causa a sua fé/crenças religiosas, espirituais e/ou pessoais?

Doença pessoal	
Doença de um familiar	
Morte de uma pessoa próxima a si	
Dificuldades económicas	
Outra. Qual?	

14. Caso tenha reencontrado a sua fé/crenças religiosas, espirituais e/ou pessoais noutro momento da sua vida, indique em que situação isso aconteceu.

Doença pessoal	
Doença de um familiar	
Morte de uma pessoa próxima a si	
Dificuldades económicas	
Outra. Qual?	

15. Para além de batizados, casamentos e funerais, quantas vezes recorre e/ou assiste a serviços religiosos?

Todos os dias	
Mais do que uma vez por semana	
Uma vez por semana	
Uma ou duas vezes por mês	
Algumas vezes por ano	
Raramente	
Nunca	

16. Em que medida se considera como fazendo parte de uma comunidade/ congregação/associação/movimento religiosa/o? Desenhe um círculo à volta do número que corresponde ao que considera que se aplica a si.

Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1	2	3	4	5

17. Se pertence a uma comunidade/ congregação /associação/movimento religiosa/o, indique qual _____

18. Qual a sua afiliação religiosa atual?

Nenhuma		Hindu	
Católica romana		Budista	
Protestante (Baptista, Adventista, Metodista, Pentecostal, Evangélica, etc)		Testemunha de Jeová	
Ortodoxa		Mormon	
Judaica		Outra. Qual?	
Muçulmana			

19. Se respondeu negativamente, refira se já teve alguma afiliação religiosa e qual.

20. Em que medida tem crenças espirituais? Desenhe um círculo à volta do número que corresponde ao que considera que se aplica a si.

Nenhumas	Poucas	Nem muitas nem poucas	Muitas	Muitíssimas
1	2	3	4	5

21. Em que medida tem crenças pessoais fortes (tais como as Crenças numa teoria científica, num modo de vida, numa filosofia particular ou num código moral e ético)? Desenhe um círculo à volta do número que corresponde ao que considera que se aplica a si.

Nenhumas	Poucas	Nem muitas nem poucas	Muitas	Muitíssimas
1	2	3	4	5

22. Até que ponto a religião é importante na sua vida? Desenhe um círculo à volta do número que corresponde ao que considera que se aplica a si.

Nada importante 1 2 3 4 5 Muitíssimo importante

23. Gostaria de fazer algum comentário a este questionário?
