



UALG

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Campus de Gambelas

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

**A SAÚDE SUBJECTIVA DE PESSOAS NA
TRANSIÇÃO PARA A REFORMA:
CONTRIBUTOS DO SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO
E DO BEM-ESTAR ESPIRITUAL.**

MARILENA BESTETTI GONÇALVES VERBISCK

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

2010



UALG

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Campus de Gambelas

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

**A SAÚDE SUBJECTIVA DE PESSOAS NA
TRANSIÇÃO PARA A REFORMA:
CONTRIBUTOS DO SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO
E DO BEM-ESTAR ESPIRITUAL.**

MARILENA BESTETTI GONÇALVES VERBISCK

Dissertação Apresentada para Obtenção do Grau de
Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Professor Orientador: Doutor Luís Sérgio Vieira

2010



UALG

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Campus de Gambelas

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

**A SAÚDE SUBJECTIVA DE PESSOAS NA
TRANSIÇÃO PARA A REFORMA:
CONTRIBUTOS DO SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO
E DO BEM-ESTAR ESPIRITUAL.**

MARILENA BESTETTI GONÇALVES VERBISCK

Dissertação Apresentada para Obtenção do Grau de
Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Júri:

Presidente: Prof^a Doutora Gabriela Maria Ramos Gonçalves

Orientador: Prof. Doutor Luís Sérgio Gonçalves Vieira

Vogal: Prof^a Doutora Maria Helena Venâncio Martins

Fevereiro, 2011

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Luís Sérgio Vieira, pela sua orientação, disponibilidade e acompanhamento ao longo desse percurso muito produtivo de aprendizado, reflexão e elaboração desse estudo.

Às instituições que aceitaram receber esse projecto de investigação, fornecendo meios para a realização do mesmo, nomeadamente ao Centro de Dia e Lar de Idosos de Quarteira, à Universidade Sénior de Loulé, à Santa Casa da Misericórdia de Loulé, à Universidade para Terceira Idade de Faro, ao Projecto Sénior Activo de Faro, ao Programa Clube Avô de Albufeira.

À todos idosos que aceitaram compartilhar suas vivências, bem como às demais pessoas que acederam a minha solicitação em participar dessa investigação.

Aos amigos, que auxiliaram na divulgação do trabalho e na busca por pessoas disponíveis para recolha de dados.

À Dra. Manuela Calião e à Usiara Britto, pela ajuda prestada, de modo particular, na conclusão de etapas importantes desse trabalho.

Àqueles que sempre me apoiaram quando era preciso, para que eu não desanimasse ao longo desse processo.

Ao meu marido Edison, pela presença e pelo auxílio essencial, aos meus pais, Paulo e Ilza, pois sem eles e seu incansável incentivo e suporte nada disso seria possível, e à minha família (irmã, avós, madrinha, e todos os demais), simplesmente por existirem... o meu **MUITO OBRIGADA!**

Resumo

A saúde subjectiva de pessoas na transição para a reforma: contributos do suporte social percebido e do bem-estar espiritual.

A transição para a reforma é um evento normativo do ciclo vital, no qual há uma susceptibilidade aumentada para o aparecimento de alterações psicológicas. Considerando que a percepção de saúde é um preditor de qualidade de vida, há interesse em conhecer de que forma é afectada pela reforma. Outrossim, o suporte social percebido e o bem-estar espiritual são constructos relevantes para compreender o processo de transição, considerando que podem ter efeito protector à saúde. Portanto, esta investigação delineou como principais objectivos: estudar a saúde subjectiva em pessoas durante sua transição à reforma; analisar as relações entre saúde subjectiva, suporte social percebido, bem-estar espiritual, e factores sócio-demográficos; verificar se o bem-estar espiritual exerce um papel mediador da influência do suporte social percebido e da transição para a reforma na percepção de saúde. A amostra foi constituída por 150 sujeitos, divididos em três grupos de igual dimensão (trabalhadores, reformados recentes e há mais tempo). Os instrumentos utilizados consistem em um questionário de dados sócio-demográficos e sobre a reforma, uma escala de avaliação da saúde subjectiva, o Questionário de Suporte Social, versão reduzida (SSQ6p), e o Questionário de Bem-estar Espiritual (SWBQp). Os resultados indicam que não há diferenças significativas entre os dois grupos de reformados, em quaisquer aspectos. Contudo, há diferenças em termos de saúde, suporte social (dimensão número), e bem-estar espiritual (dimensão pessoal) entre trabalhadores e reformados, sempre a favor do primeiro grupo. Também se observou a correlação entre saúde e bem-estar espiritual (pessoal, comunitário e transcendental) e suporte social (número). O estudo obteve, como preditores de saúde subjectiva, as variáveis suporte social (satisfação), bem-estar espiritual (pessoal), idade, e satisfação com a reforma.

Palavras-chave: reforma, saúde subjectiva, suporte social, bem-estar espiritual.

Abstract

The subjective health of people in transition to retirement: contributions of perceived social support and spiritual well-being.

The transition to retirement is a normative life event, in which is an increased susceptibility to the emergence of psychological changes. Whereas the perception of health is a predictor of quality of life, it is interesting to know how it is affected by the retirement. Moreover, the perceived social support and spiritual well-being are also relevant to understanding the process of transition, considering that they may have protective effect on health. The main objectives of the research are: to study the subjective health in people during their transition to retirement; to analyze the relationship between subjective health, perceived social support, spiritual well-being and socio-demographic characteristics; to know if the spiritual well-being plays a mediator's role of the influence of perceived social support and the transition to reform on health perception. The sample consisted of 150 subjects, divided into three groups of equal size (workers, recent retirees, and retirees with more than five years). The selected instruments were a questionnaire of social and demographic data and on the reform, a scale measuring subjective health, the Social Support Questionnaire, short version (SSQ6 – portuguese version), and the Spiritual Well-being Questionnaire (SWBQ – portuguese version). The results indicate no significant differences between the two groups of retirees. However, there are differences in terms of health, social support (number), and spiritual well-being (personal) between workers and retirees, always in favor of the first group. It was also found there is a correlation between subjective health and spiritual well-being (personal, communal and transcendental) and social support (number of people). The study shows, as predictors of subjective health, the variables of social support (satisfaction), spiritual well-being (personal), age, and satisfaction with retirement.

Keywords: retirement, subjective health, social support, spiritual well-being.

Índice

Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	v
Abstract.....	vi
INTRODUÇÃO.....	01
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	04
Capítulo 1 – A saúde subjectiva e o suporte social na transição para a reforma.....	05
1.1 A transição para a reforma.....	05
1.1.1 Trabalho e reforma.....	05
1.1.2 Reforma, envelhecimento e longevidade.....	07
1.2 A saúde subjectiva.....	09
1.2.1 Concepções sobre a saúde.....	09
1.2.2 Saúde subjectiva como variável de investigação: medidas objectivas <i>versus</i> medidas subjectivas.....	11
1.2.3 Saúde subjectiva e envelhecimento.....	12
1.3 O Suporte Social.....	13
1.3.1 Concepções teóricas sobre o suporte social.....	13
1.3.2 Dimensões do suporte social.....	15
1.3.3 Suporte social e envelhecimento.....	16

Capítulo 2 – Bem-estar espiritual e Envelhecimento.....	17
2.1 Definições, histórico e conceptualização.....	17
2.2 Bem-estar espiritual em pessoas idosas.....	21
2.3 Intervenções sobre o bem-estar espiritual: promoção da saúde integral através da abordagem da espiritualidade.....	24
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	27
Capítulo 3 – Síntese conceptual e metodologia.....	28
3.1 Síntese conceptual.....	28
3.2 Objectivos e hipóteses de investigação.....	29
3.3 Amostra.....	30
3.4 Procedimento.....	34
3.5 Instrumentos.....	35
3.5.1 Ficha de Dados Sócio-Demográficos e sobre a Reforma.....	35
3.5.2 Avaliação da Saúde.....	36
3.5.3 Questionário de Suporte Social (SSQ6p).....	37
3.5.4 Questionário de Bem-Estar Espiritual (SWBQp).....	39
Capítulo 4 – Apresentação e Discussão dos Resultados.....	40
4.1 Apresentação dos Resultados.....	40
4.2 Discussão dos Resultados.....	49
CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES.....	56
Referências Bibliográficas.....	61
Anexos.....	68

Índice de Tabelas

1. Distribuição da amostra por grupos, segundo o tempo (em anos) para / desde a reforma e segundo a idade.....	31
2. Distribuição da amostra em torno das variáveis demográficas.....	32
3. Distribuição da amostra segundo a categoria profissional.....	33
4. Caracterização da reforma, segundo expectativas, na amostra.....	41
5. Caracterização da reforma em reformados recentes e há mais de cinco anos.....	42
6. Avaliação e Satisfação com a reforma, em reformados recentes e há mais de cinco anos.....	43
7. Estatística descritiva e correlações, das escalas de saúde, bem-estar espiritual e suporte social.....	45
8. Comparação de médias – ANOVA.....	47
9. Síntese das regressões múltiplas hierárquicas, da influência das variáveis independentes na saúde subjectiva.....	48

INTRODUÇÃO

A reforma é um evento normativo do ciclo vital, passível de ocasionar alterações em diferentes aspectos, nomeadamente hábitos de vida, estados de saúde física e mental, entre outros. Os estudos na área apontam para resultados controversos no que se refere à influência da reforma sobre a saúde: se por um lado parecem haver mais queixas nesse período, por outro os reformados apresentam melhores indicadores de saúde que trabalhadores pré-reforma (Fonseca & Paúl, 2004).

Além disso, a relação do ser humano com o trabalho é ambígua, visto que é ele que define a identidade social e impulsiona o desenvolvimento pessoal, mas, ao mesmo tempo, absorve a maior parte (e quiçá os melhores anos) da vida adulta (Rodrigues, 1998).

O factor da transição, nesse caso para a reforma, pode explicar o aumento das queixas somáticas, uma vez que é um processo complexo vivenciado pelo indivíduo, que inclui o enfrentamento de profundas mudanças na sua vida ou no meio que o envolve (Monteiro, 2009).

Contudo, o período anterior à reforma é, muitas vezes, acompanhado por um cansaço acumulado por anos de intensa actividade laboral, e em alguns casos até, é acompanhado de saturação e mal-estar. Nesse sentido, a reforma pode ser percebida como uma solução para o alívio do stresse, numa etapa da vida em que a idade se faz sentir com maior força (Fonseca & Paúl, 2004).

Apesar de frequentemente associada ao início da vida adulta tardia, não há obrigatoriamente uma associação entre velhice e reforma. Portanto, ao pensar em envelhecimento bem sucedido, é inevitável abordar o aspecto da saúde, uma vez que pode haver um sofrimento associado à saída do mercado de trabalho e perda da identidade. Nesse sentido, conforme ressaltam Kim e Moen (2002), muitas investigações comprovam a correlação existente entre saúde e adaptação à reforma.

Uma vez que conhecer objectivamente a saúde na população geral requer instrumentos de avaliação demasiado complexos, os estudos na área das ciências humanas e sociais optam pela utilização de medidas de saúde subjectiva. Tem-se verificado que a percepção individual sobre a própria saúde é um preditor importante de

bem-estar (ou mal-estar) físico e problemas psíquicos, nomeadamente ansiedade e depressão. Portanto, além de se aproximar da realidade, a saúde subjectiva também informa sobre o *distress* experienciado em diferentes contextos (Andrew & Dulin, 2007).

Contudo, é preciso considerar a existência de muitos intervenientes na relação saúde e reforma, como por exemplo o suporte social e o bem-estar espiritual.

O suporte social possui, comprovadamente, um papel protector sobre a saúde, quer pelo *coping*, quer pela procura de fontes de apoio. A protecção contra o stress ocorre pela via da mudança de percepção sobre o agente stressor, reduzindo seu impacto e promovendo o *coping*. O suporte social também aumenta a capacidade do indivíduo de procurar auxílio para lidar com as situações de maior sofrimento, sendo benéfico para a promoção ou recuperação da saúde (Monteiro, 2009).

Segundo Marques (2003), o bem-estar espiritual, por sua vez, tem sido descrito como a síntese da relação entre saúde e espiritualidade. Refere-se ao propósito e significado últimos para a vida, sendo um percurso necessário nesse período de mudança, quer pela reforma, quer pelo envelhecimento. Nessa etapa do ciclo vital, o bem-estar espiritual assume um papel de destaque (considerado, por alguns autores, superior ao bem-estar subjectivo), sendo importante na manutenção da qualidade de vida e da saúde.

Portanto, existem relações entre a reforma, a saúde, o suporte social e o bem-estar espiritual que merecem ser melhor compreendidas. O presente estudo foi concebido tendo em vista que um conhecimento mais aprofundado desses processos, inerentes à transição para a reforma, pode favorecer a criação de intervenções que beneficiem os indivíduos que ingressam nessa etapa do ciclo vital. Além disso, o envelhecimento saudável é uma preocupação mundial, e é essencial conhecermos os elementos que podem favorecer ou prejudicar a vivência desse período.

Dessa forma, esta investigação tem como objectivos:

- estudar a percepção de saúde (saúde subjectiva) em pessoas durante sua transição à reforma;
- analisar as relações entre saúde subjectiva, suporte social percebido, bem-estar espiritual, e factores sócio-demográficos;

- verificar se o bem-estar espiritual exerce um papel mediador da influência do suporte social percebido e da transição para a reforma na percepção de saúde (saúde subjectiva).

Considerando os aspectos relevantes a serem abordados nesse estudo, procedeu-se à revisão da literatura na área, conforme descrito na parte I desse trabalho. O primeiro capítulo aborda questões relativas ao trabalho e à reforma, à saúde subjectiva e ao suporte social. No capítulo subsequente, procura-se aprofundar o constructo do bem-estar espiritual, através de estudos recentes e outros com uma relevância histórica para os temas.

A parte II relata-nos a investigação empírica realizada, descrevendo a metodologia do estudo (capítulo 3) e os resultados encontrados (capítulo 4). Por fim, procura-se discutir a temática, a partir dos resultados do estudo que realizamos e de publicações anteriores, e reflectir sobre as limitações do presente trabalho, as investigações futuras e as implicações para as intervenções práticas em saúde.

Espera-se, com esta dissertação, fornecer um modesto contributo para o conhecimento científico nas temáticas da reforma, saúde, suporte social e bem-estar espiritual. Apesar das limitações deste trabalho, trata-se de uma área relevante no contexto do envelhecimento saudável, sendo o intuito do mesmo aprofundar a reflexão, e não fornecer resultados conclusivos e generalizáveis à população. Contudo, acredita-se que é possível pensar em perspectivas para a incorporação desse conhecimento na prática clínica e quotidiana, através de intervenções que contemplem uma visão mais alargada da saúde.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1 – A saúde subjectiva e o suporte social na transição para a reforma

1.1 A transição para a reforma

1.1.1 Trabalho e Reforma

A vida do homem contemporâneo faz-se em torno do trabalho. O desenvolvimento científico e tecnológico, bem como a oferta de uma variedade de bens de consumo, condicionam as pessoas à uma vida de laboração intensa. Trabalho pode ser definido como a globalidade de actividades físicas e psíquicas desenvolvidas pelo sujeito, com o objectivo de produzir bens e serviços, dos quais advém um lucro material que remunera o seu esforço (Ravagni, 2006).

O trabalho é a expressão humana que o diferencia dos outros animais, uma vez que se trata de um acção humana planeada e com uma finalidade definida, no sentido de modificar a natureza, criar uma cultura, uma linguagem e uma história individual e colectiva. Nesse sentido, com tudo que há de bom e de mau nele, o trabalho é fundamental ao homem (Rodrigues, 1998).

Contudo, também é verdade que o valor social do trabalho modificou-se ao longo da história. A jornada de trabalho sofreu um alargamento, e houve um incentivo ao aumento da produção. O homem de hoje está sujeito às expansões tecnológicas, em consequência de viver na sociedade capitalista (Ravagni, 2006).

A relação conflituosa com o trabalho, contudo, também influencia a reforma e a saúde dos indivíduos. Se, por um lado, o trabalho é um fardo que impede a pessoa de viver conforme sua vontade, pelo outro, é ele que define uma identidade social e impulsiona o desenvolvimento pessoal. Paradoxalmente a reforma é um evento desejado e temido, sendo relativamente frequente encontrar pessoas que adoecem ao nela

ingressar (Rodrigues, 1998).

A reforma representa o início de uma nova etapa de vida, caracterizada pela saída do mercado de trabalho, da vida activa. Essa mudança, pela representação do trabalho na sociedade actual, pode gerar uma crise. Trata-se de um evento normativo do ciclo vital, que afecta hábitos diários, relações sociais, percepção de si e da vida. O sucesso da transição para a reforma depende do equilíbrio do indivíduo, dos recursos pessoais para enfrentar a mudança, do processo em si (Löckenhoff, Terracciano, & Costa, Jr., 2009).

Nesse sentido, faz-se necessário pensar constantemente em estratégias em nome do bem-estar nessa etapa da vida. Conforme Fonseca e Paúl (2004), a reforma apresenta-se como um aspecto que merece especial atenção, por ser susceptível de desencadear diferentes processos psicológicos, podendo afectar a percepção de saúde do indivíduo. Contudo, a existência de recursos pessoais e sociais pode facilitar o processo de transição para a reforma, tornando esse momento mais favorável ao desenvolvimento de uma qualidade de vida na velhice.

Estudos actuais têm demonstrado que a reforma é um acontecimento de vida que favorece mudanças em diferentes aspectos, pois implica uma reorganização de hábitos que foram condicionados ao longo dos anos em que o indivíduo esteve inserido no universo laboral. Esse momento de vida pode significar ou uma renovação, no sentido de criar novas metas, encontrar fontes de prazer, estabelecer um ritmo de vida mais saudável, ou um sofrimento, representado pela perda de convívio social, redução do poder financeiro, modificação do status social (Fonseca, 2006).

O processo de transição – adaptação à reforma está relacionado com diferentes variáveis, nomeadamente o efeito cumulativo das transições anteriores, a importância do trabalho, o estado conjugal e a presença de filhos, as actividades sociais, a relação com a própria saúde, o status socioeconómico, os planos e as razões da reforma (Deps, 1994). Também são importantes os contextos e as expectativas com a reforma, as emoções e os pensamentos antecipatórios, as actividades de tempos livres (Löckenhoff et al., 2009).

Wang (2007) acrescenta que, para além dos atributos individuais, também os papéis assumidos socialmente (quer no trabalho, quer na reforma) e as condições em que a actividade laboral era realizada, bem como a satisfação com o trabalho podem

influenciar o processo de ajustamento à reforma.

Segundo Kim e Moen (2002), a perda do controlo sobre a própria vida pode ser experimentada na reforma. Enquanto o trabalho conferia um significado e uma sensação de controlo ao indivíduo, o afastamento do mesmo pode representar uma perda de autonomia. Nesses casos, a pessoa pode vivenciar uma diminuição no seu bem-estar, a menos que consiga encontrar novas formas de satisfação e de manter sua liberdade.

Além disso, a ocupação dos tempos livres, durante a reforma, também representa um aspecto importante. Trata-se de aproveitar com liberdade o tempo que agora dispõe, realizando actividades do seu interesse. Isso significa concretizar acções desejadas, mas que não possuíam espaço no contexto laboral, como por exemplo lazer, desporto, voluntariado. Ou seja, actividades que não representam uma produtividade material, mas sim, uma satisfação pessoal (Ravagni, 2006).

As relações entre reforma e saúde e bem-estar têm sido estudadas, embora ainda seja um universo que necessita de ser aprofundado. A saída do mercado de trabalho é mais sentida nos primeiros anos, assim como o período que antecede a reforma também pode ser considerado como crítico. De modo particular, quando a reforma é involuntária, pode-se observar um sofrimento mais acentuado (Flippen & Tienda, 2000).

Ademais, não é possível afirmar que a saúde seja negativamente afectada pela reforma, de um modo isolado. Factores sócio-demográficos e de personalidade costumam estar envolvidos nessa relação, além de variáveis ambientais e comunitárias. Portanto, a análise da transição para a reforma, bem como sua ligação com a saúde, dependem de muitos elementos que necessitam ser considerados (Kim & Moen, 2002).

Fonseca e Paúl (2004) referem que trata-se claramente de um evento de vida que desperta para mudanças, embora que não é possível isolar o efeito da reforma dos demais eventos de vida. Entretanto, ainda assim pode-se considerar que a saúde sofre alguma influência do processo de transição – adaptação à reforma, mesmo que seja um efeito cumulativo.

Uma vez que a reforma coincide com um marco etário (60-65 anos), representando o início da vida adulta tardia, abordar-se-á, a seguir, os aspectos relacionados ao envelhecimento e à longevidade.

1.1.2 Reforma, envelhecimento e longevidade

A Organização Mundial de Saúde preconiza o envelhecimento activo e saudável como uma preocupação social, acompanhando a tendência de envelhecimento populacional observada em países mais desenvolvidos (Lima, Silva, & Galhardoni, 2008). Na Europa, há mais de 629 milhões de pessoas com idade igual ou superior aos 60 anos (Portal do Envelhecimento, 2009).

Actualmente, tem-se aproximadamente 1.273.882 portugueses na situação de reformado por velhice, com uma média de 63 anos de idade para ingresso na reforma (Portal do Envelhecimento, 2009). Tendo em conta a expectativa de vida, depreende-se que por um período de 20 ou 30 anos, essas pessoas não estarão mais inseridas no mercado de trabalho. Trata-se de um período considerável de tempo de vida que deve ser aproveitado com qualidade, saúde e bem-estar.

O aumento da expectativa de vida e as melhores condições de saúde favoreceram os índices de envelhecimento populacional. Em conjunto com a redução da natalidade, a proporção de pessoas idosas na população mundial tem vindo a aumentar. Estimativas da Organização das Nações Unidas (citada em Pais-Ribeiro & Pombeiro, 2004) indicam que de 2000 a 2025 o percentual de pessoas com mais de 65 anos na população mundial será de 10,44% (6,9% actualmente), chegando a 20,9% (14,39% actualmente) nos países desenvolvidos.

O momento da reforma não significa necessariamente o início da velhice, mas está frequentemente relacionado à essa etapa do ciclo vital. Mas o que define uma pessoa idosa? A velhice pode ser definida de diferentes modos. Ribeiro (2006), após realizar vasta pesquisa bibliográfica sobre o tema, delimitou quatro concepções distintas da velhice: cronológica, biológica, cultural e psicológica.

Segundo a abordagem cronológica, a definição da pessoa idosa varia conforme a expectativa de vida do local em que vive, sendo que na maioria dos lugares a idade de 60 ou 65 anos delimita o sujeito como idoso (Ribeiro, 2006).

A abordagem biológica determina que a velhice é um período em que acontecem alterações físicas e orgânicas, muitas das quais ocasionando incapacidade funcional e

maior vulnerabilidade a processos patológicos que culminam na morte do indivíduo (Ribeiro, 2006).

A abordagem cultural trata da velhice segundo uma perspectiva descritiva-histórica, observando o processo dessa etapa da vida em diferentes culturas e comparando histórias e hábitos. Define como pessoas idosas aquelas que já viveram determinados eventos culturais, familiares e sociais comuns (Ribeiro, 2006).

A abordagem psicológica postula que o envelhecimento é um processo que se inscreve na temporalidade do indivíduo, do começo ao fim da sua vida, numa sucessão de perdas e ganhos. A velhice saudável, para essa abordagem, é possível para todos indivíduos, sendo o resultado da interação entre o sujeito e a mudança (Ribeiro, 2006).

O envelhecimento, também, pode ser percebido como uma jornada espiritual, de procura de significado da existência humana, de percepção da finitude, e de manutenção da identidade e do *self*. A maioria das pessoas que possuem espiritualidade envelhece bem, apesar de seguir caminhos diferentes (Payne, 1990).

Ademais, segundo a teoria de Erikson (citado em Blazer, 1991), a auto-transcendência e a aceitação da totalidade da vida são fundamentais para a integridade psíquica, processo esse experimentado em estágios avançados da vida adulta.

A reforma e o envelhecimento não pressupõem necessariamente uma pior avaliação da própria saúde. Contudo, é frequente encontrar um aumento de queixas físicas nessa etapa da vida. De forma a buscar uma maior compreensão sobre as relações entre reforma e saúde, é preciso realizar uma revisão temática sobre saúde subjectiva, em especial no contexto do envelhecimento.

1.2 A Saúde Subjectiva

1.2.1 Concepções sobre a saúde

O conceito de saúde, actualmente aceite, considera a conjuntura social, económica, política e cultural de uma população. Entretanto, nem sempre foi essa a

concepção de saúde, que evoluiu ao longo de muitos séculos. Inicialmente a visão mágico – religiosa era determinante para a saúde, o que apenas começou a modificar-se com o pensamento grego. Hipócrates ainda hoje é considerado o pai da medicina, embora sua teoria dos fluidos corporais não seja mais vigente. Com René Descartes, no século XVII, a saúde recebeu um dos rótulos mais marcantes da história, pela dicotomia entre o corpo e a mente (Scliar, 2007).

Esta visão dicotômica manteve-se por um longo período, não obstante o estudo científico referente à saúde continuou evoluindo. No século XIX, com Louis Pasteur e o microscópio, foi descoberto um mundo de microrganismos causadores de doença, e por consequência, de soros e vacinas capazes de proteger e recuperar a saúde. Contudo, a concepção actual de saúde apenas começou a assumir sua forma após a Segunda Guerra Mundial, com a criação da OMS - Organização Mundial da Saúde (Scliar, 2007).

Em 1948, a OMS definiu que a saúde é um direito fundamental. Contudo, aceita em 1977 uma conceptualização reducionista de que saúde é a ausência de doença. O campo da saúde passou a abranger aspectos da biologia humana, do meio ambiente, dos estilos de vida, e dos organismos de assistência à saúde. Entretanto, é já em 1983, que dá-se uma mudança de paradigma, e a saúde passa a ser compreendida numa perspectiva integral (Scliar, 2007).

Segundo essa nova concepção, que se mantém até a actualidade, a saúde refere-se a estado de bem-estar biológico, psíquico e social, num *continuum* cujos pólos são a saúde e a doença (Socci, 2006).

Desde 1988, a OMS reconhece claramente que a espiritualidade está relacionada com a saúde física e mental, incluindo esse elemento no conceito multidimensional de saúde (Volcan, Sousa, Mari, & Horta, 2003).

A medicina holística preconiza, essencialmente, que a pessoa e o ambiente são um todo integrado, e portanto é necessário direccionar as intervenções à essa totalidade, e não às partes. Além disso, propõe que a saúde é subjectiva, que depende de cada indivíduo, que o profissional de saúde é um facilitador do processo (e não o responsável pelo tratamento), e que toda relação entre agente de saúde e pessoa – paciente é igualitária e recíproca (Guadalupe, 2008).

Numa concepção holística, a saúde e a enfermidade são conceitos socialmente construídos, através dos quais procura-se criar rótulos para uma experiência individual.

Nesse sentido, hodiernamente fala-se em inquirir a pessoa sobre sua própria saúde, de modo a conhecer a sua avaliação sobre o estado de saúde vivenciado pela mesma (Marques, 2003).

Contudo, em termos de saúde colectiva, a delimitação da saúde na população permite detectar diferenças entre grupos, definindo níveis de comparação por idade, sexo, área geográfica, condições sócio – económicas, entre outros. Essa análise possibilita, além de conhecer o perfil de saúde, elaborar estratégias de intervenção e focalizar em grupos de risco prioritários (Ferreira & Santana, 2003).

Dessa forma, ambas as concepções de saúde (individual e colectiva) são aceitas, conforme os propósitos de investigação ou de intervenção que se pretende assumir.

1.2.2 Saúde subjectiva como variável de investigação: medidas objectivas *versus* medidas subjectivas

A saúde subjectiva, entendida como a percepção da pessoa sobre a própria saúde, tem sido estudada como importante preditor de qualidade de vida e bem-estar (Vitta, 2001). Trata-se de uma variável com maior associação ao *distresse*, relacionando-se não apenas com o bem-estar físico, como também psíquico (Andrew & Dulin, 2007).

Enquanto o estado de saúde objectivo é constatado por diagnósticos médicos, a saúde subjectiva implica a percepção e avaliação da pessoa sobre seu estado de saúde. Siegler, Bosworth e Ellias (2003) destacam a existência de limitações no uso de medidas de saúde percebida em investigações científicas. Quando é possível obter dados objectivos de saúde e doenças, essa informação é muito mais fiável e deve ser utilizada.

Contudo, o constructo da saúde percebida tem sido utilizado em Ciências Sociais, e a sua força está relacionada justamente ao factor subjectividade, que é contextual, ou seja varia ao longo do tempo e conforme as expectativas das pessoas (Bowling, 2007).

Para Marques (2003), a avaliação da saúde depende do grau de sintonia da pessoa com as próprias necessidades, capacidades, desejos, valores. Quanto maior a capacidade de auto-observação, maior a capacidade de percepção do mundo, sendo essa sintonia

é capaz de interferir na saúde individual. Uma vez que a pessoa está atenta a sua saúde integral, procura escolher melhores opções de vida e gerar equilíbrio.

Para avaliar a saúde subjectiva, é importante considerar alguns aspectos, conforme o que é referido pelas pessoas, nomeadamente a existência de doenças crónicas ou agudas, existência de dores, lista de doenças e problemas de saúde, aspecto funcional, e auto-avaliação da saúde em comparação a pessoas da mesma idade (Doll, 1999).

O constructo da saúde subjectiva inclui um propósito de significado, para si e para alguém, e também se relaciona com auto-estima e com sentimentos de independência. Alguns estudos apontam que uma melhor percepção de saúde está associada positivamente a um nível social mais elevado, a escolaridade superior a 7 anos, e a maior satisfação com contactos sociais (Johansson, Ek, & Bachrach-Lindström, 2007).

Estudo realizado em Portugal, por Ferreira e Santana (2003), estabeleceu factores de risco para o decréscimo da percepção de saúde, nomeadamente: ser do sexo feminino, executar um trabalho manual, possuir um nível mais baixo de instrução, e ser mais idoso.

Apesar da avaliação da percepção de saúde ser uma medida subjectiva, investigações anteriores encontraram uma forte associação entre baixos níveis de saúde percebida e maior distresse, número de doenças, incapacidades físicas, limitações funcionais e de mobilidade (Vitta, 2001).

Portanto, a saúde objectiva e a subjectiva são medidas correlacionadas, mas diferentes, devendo-se realizar uma opção coerente ao fim pretendido, pois ambas possuem limitações e potenciais a serem explorados.

1.2.3 Saúde subjectiva e envelhecimento

A saúde percebida e a forma como as pessoas lidam com problemas de saúde são preditores de bem-estar na velhice (Vitta, 2001).

A saúde subjectiva aparece como uma medida relevante de avaliação em idosos. Além de fornecer uma ideia sobre a percepção objectiva da saúde física, também fornece indícios sobre o bem-estar emocional (como ansiedade e depressão), ou

possíveis situações de distresse (Andrew & Dulin 2007).

Apesar de diferentes estudos apontarem indicadores de saúde contrastantes, muitos referem que a satisfação com a própria saúde não sofre um declínio com a idade. É exemplo disso uma investigação com pessoas com mais de 75 anos, que demonstrou que 66 – 83% refere uma boa saúde (Johansson et al., 2007).

O envelhecimento traz consigo um maior risco de adoecer, mas isso não significa necessariamente uma insatisfação inerente à velhice. A satisfação com a vida, e mesmo uma melhor qualidade de vida, depende da avaliação do indivíduo e da forma como é capaz de readaptar suas metas, necessidades e fontes de prazer (Doll, 1999).

Para Johansson e colaboradores (2007), a saúde e a qualidade de vida nessa etapa do ciclo vital, dizem respeito à uma procura de sentido e propósito, à auto-estima, aos sentimentos de pertença e de significado para alguém especial. Dessa forma, a saúde também está intimamente relacionada ao suporte social.

Outro factor frequentemente associado ao envelhecimento saudável é a espiritualidade. Estudos neste âmbito comprovaram que idosos religiosos são mais saudáveis, mais felizes e satisfeitos com a vida, além de menos deprimidos, ansiosos e solitários (Socci, 2006).

Numa perspectiva holística, o conhecimento de preditores de saúde percebida, em pessoas idosas, são extremamente úteis para a promoção e recuperação da saúde (Johansson et al., 2007).

Dessa forma, considera-se de extrema relevância as relações entre a saúde, o suporte social e a espiritualidade. Portanto, proceder-se-á inicialmente a uma breve revisão de literatura sobre o tema do suporte social, e posteriormente buscar-se-á o aprofundamento do tema da espiritualidade na saúde, no segundo capítulo do enquadramento teórico.

1.3 O Suporte Social

1.3.1 Concepções teóricas sobre o suporte social

O conceito do suporte social começou a ser sistematizado a partir da década de 1970, com Caplan, Cassel, Cobb, entre outros, embora alguns estudos do período da transição do século XIX para o século XX (e.g. Jarvis, Durkheim) já sublinhassem a importância dos factores sociais para o bem-estar dos indivíduos. Caplan introduziu, em 1974, o termo sistema de suporte social, e delimitou duas dimensões do mesmo: a objectiva e a subjectiva (Guadalupe, 2008).

Actualmente, entende-se que o suporte social é um constructo dinâmico, que reflecte as transacções estabelecidas entre indivíduos, ao longo de sua vida e em diferentes contextos, num processo que pode incluir três vertentes, nomeadamente comunitária, da rede social, e do relacionamento íntimo (Martins, 2005).

O suporte social é relativamente estável no ciclo vital, tendo origens na infância precoce. Conforme descrevem Sarason e Sarason (2009), através da Teoria do Apego de Bowlby é possível encontrar a explicação para a importância dos vínculos no âmbito pessoal e social. A criança recebe da mãe protecção, mas também elementos que a ajudam a desenvolver capacidades cognitivas e comportamentais para enfrentar as situações quotidianas.

De forma análoga, a procura do suporte social visa a protecção e à instrumentalização para lidar com situações adversas, em diferentes contextos. Trata-se de uma relação multidireccional e multidimensional, em que os sujeitos dão e recebem apoio em diferentes contextos. Além disso, é constituído por relações mais íntimas e por relacionamentos sociais (Sarason & Sarason, 2009).

O apoio social possui diferentes funções, sendo que Martins (2005) propõe uma classificação em seis grupos: apoio afectivo (sentir-se amado), emocional (segurança e auxílio), perceptivo (resolução de problemas), informativo (conselhos e ideias), instrumental (ferramentas práticas), convívio social (actividades de lazer).

A rede social também é um conceito fundamental nesse contexto. Tavares (2004)

define-a como os conjuntos hierarquizados de indivíduos que mantêm entre si laços de relacionamento e de trocas (dar e receber). As redes devem existir ao longo de toda a vida, embora sua estrutura e função se altera nas diferentes etapas do ciclo vital.

Outro aspecto relevante do suporte social diz respeito aos seus efeitos. Segundo Barrón (citado em Martins, 2005), há um efeito directo sobre o bem-estar, pelo fomento da saúde, e um efeito protector, pela amortização das forças negativas que geram mal-estar e *distresse*.

Segundo Minardi e Blanchard (2004), muitos estudos demonstram a relação entre o declínio do apoio social e a exacerbação de sintomas depressivos, de modo particular em pessoas idosas. O suporte social instrumental e emocional, bem como a rede social, estão relacionados com o bem-estar psicológico e com a saúde mental.

Siegler e colaboradores (2003) descrevem três mecanismos de actuação do suporte social sobre a saúde, sendo eles: as pessoas (amigos, familiares, entre outros) encorajam comportamentos saudáveis; a rede social fornece informações sobre saúde e instrumentaliza sobre meios de prevenção de doenças; o contacto directo ou indirecto com indivíduos em situações semelhantes pode favorecer a recuperação da saúde (e.g. pessoas que venceram o cancro, bem como suas histórias contadas por terceiros, a favorecer a busca por tratamentos).

Os estudos comprovaram que o suporte social protege do stresse, no sentido em que facilita o *coping*, quer pela mudança de percepção relativa ao agente stressor, quer pelo amortecimento do impacto do mesmo. Também é benéfico para a saúde, uma vez que protege o indivíduo e aumenta a capacidade do indivíduo de procurar auxílio para lidar com o sofrimento (Monteiro, 2009).

1.3.2 Dimensões do suporte social

A primeira classificação do suporte social, em diferentes domínios, foi proposta por Caplan (citado em Guadalupe, 2008). Para o autor, o suporte social possuía uma dimensão objectiva, que se referia a indicações observáveis de fornecimento de apoio, e outra subjectiva, relativa à percepção do indivíduo sobre o suporte e a avaliação que

realiza do mesmo.

Há diversas correntes teóricas que classificam o suporte social segundo diferentes perspectivas. Numa abordagem, por exemplo, pode-se considerar o suporte social segundo o número de pessoas disponíveis, a adequação do suporte percebido, e a satisfação com o apoio recebido (Tomberg, Toomela, Pulver, & Tikk, 2005).

Referindo-se a uma ideia numérica e de adequação, em termos do suporte disponível, o mesmo pode ainda ser caracterizado conforme o tamanho da rede social, a integração social e a participação social (Wills & Ainette, 2007).

Neste sentido, o aspecto fundamental da satisfação, contém uma avaliação pessoal das necessidades de suporte e de contacto interpessoal, a partir do qual o indivíduo faz um balanço do apoio que recebe e do custo do mesmo, decidindo se lhe é suficiente para lidar com o stresse e apresentar melhores resultados de saúde (Santos, Ribeiro, & Lopes, 2003).

O suporte social pode também ser classificado em três categorias, conforme a sua finalidade: emocional, instrumental e informativo. O apoio emocional é aquele através do qual a pessoa sente-se querida, amada, respeitada. O apoio instrumental, por sua vez, refere-se à resolução de problemas ou actividades quotidianas, para às quais o apoio recebido oferece meios ou acções que auxiliam no sucesso da execução das tarefas. Por fim, o apoio informativo diz respeito às informações ou o aconselhamento recebido, e pode ser integrado na realidade do sujeito (Monteiro, 2009).

Desse modo, o apoio emocional refere-se à disponibilidade de pessoas que fomentem o bem-estar afectivo, enquanto o informativo e o instrumental referem-se a questões mais quotidianas. O apoio de informação engloba os conselhos e orientações recebidas, e o instrumental, as acções, materiais ou pessoas que auxiliam na resolução de problemas (Martins, 2005).

Alguns autores incluem ainda uma quarta dimensão do suporte social, denominada de apoio tangível. Este, por sua vez, diz respeito à provisão de suporte material, serviços, bens e ajuda financeira (Guadalupe, 2008).

Tendo em perspectiva a complexidade e as interrelações do constructo, Sarason e Sarason (2009) afirmam que o importante é focar no suporte social em si, e não procurar uma dispersão de ideias relacionadas ao apoio.

Dessa forma, consideram essencial conhecer como é percebido o suporte, em

diferentes contextos, através da rede disponível (número de entidades de suporte) e da satisfação com o mesmo (sua adequação e capacidade de responder às necessidades individuais, em determinada situação). Essa classificação permite focalizar na percepção do indivíduo sobre o suporte social, delimitando suas relações com a saúde e outras variáveis relevantes (Sarason & Sarason, 2009).

1.3.3 Suporte social e envelhecimento

O suporte social percebido representa o grau em que o indivíduo se sente desejado, respeitado e envolvido socialmente. Para Santos e colaboradores (2003), o suporte social, como é sentido pelo sujeito, tem o papel de aliviar o stress em situações de crise e pode favorecer a recuperação de doenças. Por isso, alguns autores destacam que é essencial a inclusão de uma medida de suporte social, como variável mediadora em qualquer estudo que pretenda analisar relações entre factores psicossociais e saúde, particularmente em populações idosas.

Segundo Siegler e colaboradores (2003), o suporte social pode reduzir a morbilidade e a mortalidade, pois uma pessoa ao conviver numa rede de relacionamentos recebe mais informações e sente-se mais motivado a desenvolver comportamentos saudáveis e preventivos.

A avaliação que o idoso realiza sobre suas redes de suporte social, mediada pelo valor afectivo investido, pode ter um papel protector para a sua saúde. Quando os idosos avaliam seu suporte social como satisfatório, independentemente do suporte recebido objectivamente, sentem-se mais capazes de resolver problemas e situação de crise de forma eficaz (Tavares, 2004).

Os idosos contam frequentemente com dois tipos de redes sociais: as formais e as informais. A rede formal é constituída pela segurança social, centros de dia, serviços de apoio domiciliário, instituições de permanência prolongada, entre outros disponibilizados pelo Estado e por organizações de solidariedade social. O apoio informal, contudo, inclui-se a família do idoso, os vizinhos, amigos, e todas as pessoas com quem possa contar para o auxiliar (Martins, 2005).

A pessoa idosa valoriza, essencialmente, a qualidade dos contactos sócio-emocionais, optando por relações afectivas relevantes para assegurar o bem-estar subjectivo, e afastando contactos meramente informativos ou de afirmação de um *status* prévio. Portanto, as relações sociais na velhice são mais selectivas e enaltecem o retorno emocional (Tavares, 2004).

De modo geral, o suporte social recebido no cerne das relações mais íntimas é aquele que é mais valorizado, sendo fundamental ao indivíduo para o seu bem-estar e sua saúde (Monteiro, 2009).

Conforme refere Socci (2006), segundo a perspectiva holística da saúde, quer em pessoas idosas, quer em pessoas de outras faixas etárias, o factor social e das relações humanas possui a maior relevância. Juntamente com os aspectos físicos e psicológicos, as questões sociais representam um papel determinante na percepção da saúde.

Além desses factores, também a questão da espiritualidade tem sido relacionada ao constructo da saúde, e cada vez mais é considerada no meio científico. Entre os idosos, de modo especial, sua aceitação demonstra um sentido particular, devido a diferentes aspectos que serão abordados no capítulo seguinte, que apresenta uma revisão teórica sobre a temática do bem-estar espiritual.

Capítulo 2 – Bem-Estar Espiritual e Envelhecimento

2.1 Definições, histórico e conceptualização

O constructo bem-estar espiritual foi definido em 1971 na *White House Conference on Aging*, nos Estados Unidos da América, por David O. Moberg que se encarregou de desenvolver sua conceituação. A definição de Moberg, em colaboração com a *National Interfaith Coalition on Aging*, ainda é amplamente utilizada: "Spiritual well-being is the affirmation of life in a relationship with God, self, community, and environment that nurtures and celebrates wholeness." (Payne, 1990, p. 13) ("Bem-estar

espiritual é a afirmação da vida na relação com Deus, consigo, com a comunidade e com o ambiente, que alimenta e celebra a plenitude” [tradução livre, a partir de Payne, 1990, p.13].)

A definição de bem-estar espiritual (BEE) evoluiu e sofreu modificações ao longo do tempo, embora a idéia central da conceptualização original tenha sido mantida. Para Moberg e Brusek (1978) o bem-estar espiritual compreende duas dimensões, nomeadamente a dimensão da relação com um poder superior, que pode seguir um sistema de crenças religiosas (*religious dimension*), e a dimensão da procura de significado e sentido da vida independentemente da religião (*existencial dimension*).

Segundo Fisher (citado em Gouveia, Pais-Ribeiro, & Marques, 2008), o BEE é entendido como forma dinâmica de estar, que se reflecte na qualidade das relações que a pessoa estabelece em quatro domínios da existência humana:

- Domínio pessoal: consigo próprio, no modo como se relaciona com sua própria vida;
- Domínio comunitário: com os outros, pela qualidade das relações interpessoais que estabelece;
- Domínio ambiental: com o ambiente, pela maneira como admira a natureza e como se relaciona com o mundo físico e biológico;
- Domínio transcendental: com algo ou alguém que transcende o domínio humano, na relação que o indivíduo estabelece com o transcendental.

Pode-se acrescentar que a saúde espiritual é dinâmica, e que o desenvolvimento do BEE em qualquer um dos seus domínios contribui para o aprofundamento dos demais, conforme demonstram Gouveia e colaboradores (2008).

Como definiu Payne (1990), o BEE é uma afirmação da relação do humano consigo mesmo, com a comunidade, com o meio ambiente, e sobretudo com Deus, de forma a constituir um ciclo de plenitude.

O BEE tem sido correlacionado com uma melhor avaliação subjectiva da própria saúde e com maior satisfação com o suporte social (Marques, 2003). Além disso, o BEE está particularmente relacionado aos sentimentos e pensamentos vivenciados durante o processo de envelhecimento (Moberg, 2005).

Muitos estudos associam saúde/doenças e religiosidade, e, embora os achados

sejam os mais diversos, de modo geral a espiritualidade auxilia a lidar com situações problemáticas, de stresse ou de mudança, actuando como factor protector da saúde. Outrossim, há uma relação positiva entre prática religiosa e procura de relacionamentos interpessoais significativos (Kim & Koenig, 2007).

O BEE é percebido e estudado como uma experiência individual de fortalecimento pessoal, quando o sujeito procura um apoio de forma propositada para a realização de um enfrentamento de sucesso, para a melhora da qualidade de vida, e para a evolução do ser humano segundo uma visão integrativa, ou seja, biopsicossocial (Costa et al., 2008).

Existem alguns instrumentos de avaliação da espiritualidade. Uma meta-análise de estudos localizou 29 medidas de espiritualidade utilizadas em pesquisas científicas (Vivat, 2008).

O primeiro instrumento de avaliação do BEE foi elaborado em 1982 por Paloutzian e Ellison (citado em Payne, 1990), denominado *Spiritual Well-Being Scale*, sendo constituído por 20 itens, com componentes de bem-estar religioso e bem-estar existencial, que determinam o BEE.

Posteriormente, o *Spiritual Well-Being Questionnaire* foi elaborado por Gomez e Fisher (citado em Gouveia et al., 2008), operacionalizando a avaliação das quatro dimensões (pessoal, comunitária, ambiental e transcendental), como medida do BEE global. A tradução e adaptação para população portuguesa apresenta bons níveis de consistência interna, e os autores sugerem a utilização do instrumento em futuras investigações (Gouveia et al., 2008).

Vivat (2008) menciona uma escala de BEE adaptada a pessoas idosas (entre 65-85 anos), a JAREL, que avalia fé e crença, vida e auto-responsabilidade, satisfação com a vida e tendência à auto-actualização.

Actualmente é possível encontrar uma vasta gama de estudos sobre BEE, sendo que na maioria o aspecto da espiritualidade é considerado independentemente de religião ou de questões religiosas. Contudo, alguns autores ressaltam que embora espiritualidade e religião sejam ideias diferentes, a espiritualidade pode ser expressa por meio da religião, não devendo ser negado esse elemento (Dunn, Handley, & Shelton, 2007).

Cecero, Bedrosian, Fuentes e Bornstein (2006) estudaram questões de género,

sugerindo que os preditores de BEE em homens e mulheres são diferentes, mas que de modo geral a religião aparece como preditor de BEE na população. Outro estudo de Phillips, Mock, Bopp, Dudgeon e Hand (2006) aponta para relações entre BEE e saúde e resiliência, particularmente na amostra de estudada de pessoas seropositivas.

Pesquisas também demonstram que o BEE é importante para a saúde mental, pois a espiritualidade pode influenciar as condições de saúde através das emoções positivas, como o perdão, a esperança, a auto-estima e o amor. Estudos também sugerem que a espiritualidade pode interferir na saúde por meio de mecanismos psiconeuroimunológicos e psicofisiológicos (Gastaud et al., 2006).

2.2 Bem-estar espiritual em pessoas idosas

O BEE em pessoas idosas está directamente relacionado às conexões consigo próprio, com os outros e com o transcendente/Deus/poder superior, proporcionando sentido de pertença e apoio que pode minimizar sentimentos de solidão e desespero experimentados durante o envelhecimento ou a doença crónica (Moberg, 2005).

Parker (2007) ressalta que o idoso necessita lidar com seu passado para alcançar a maturidade espiritual, enquanto a sociedade lhe impõe imagens negativas sobre o envelhecimento (como perda de valor social) que dificultam esse processo. Nesse sentido, o BEE surge como reafirmação da vida.

As áreas que devem ser consideradas no BEE em pessoas idosas, segundo Blazer (1991), são as seguintes:

- Fontes socioculturais de necessidades espirituais;
- Alívio de ansiedade e medos;
- Preparação para a morte;
- Integração da personalidade;
- Dignidade pessoal;
- Filosofia de vida.

Wink e Dillon (2008) destacam que, em pessoas idosas, as fontes de BEE mais

frequentemente descritas são os relacionamentos interpessoais, o envolvimento social e comunitário, as actividades de vida diária, o desenvolvimento pessoal, e o desenvolvimento criativo de formas de empreender tarefas quotidianas. Segundo os autores, essas características não dependem directamente da participação religiosa, mas podem ser potencializadas por ela em alguns casos.

A ausência de BEE é descrita por Meraviglia, Sutter, Gaskamp, Adams e Titler (2008) como sendo um sofrimento, dor ou desequilíbrio espiritual, que pode ainda estar associado ao desespero emocional, a depressão e ao suicídio. A esse sofrimento espiritual os autores chamaram “*Spiritual Distress*”. Propõe, portanto, que se busque fortalecer o BEE e reduzir o “*spiritual distress*”, realizando intervenções no sentido de facilitar as relações humanas, flexibilizar a experiência de solidão, reforçar a saúde mental dos indivíduos e de seus cuidadores, e favorecer as ligações físicas no quotidiano.

Actualmente é possível encontrarmos pesquisas sobre BEE e envelhecimento em diferentes partes do mundo. Enquanto alguns se voltam para os aspectos saudáveis do envelhecimento, associados ao BEE, outros relacionam as patologias encontradas especialmente em pessoas idosas com a espiritualidade.

Uma investigação com 3.032 participantes entre 25 e 74 anos (ou seja, uma amostra com pessoas adultas, desde jovens a idosos) aponta que participação religiosa activa aumenta o bem-estar psicológico (Greenfield & Marks, 2007). Por sua vez, Holloway (2007) refere que os efeitos positivos do BEE são encontrados tanto em contexto de participação em crenças formais como em práticas espirituais privadas. Portanto, ainda que a relação entre religião e espiritualidade exista, não há consenso da determinação de uma sobre outra.

Young e Dowling (1987) destacaram que não são os grupos religiosos, mas sim as redes sociais que têm fundamental importância para o BEE, no sentido que favorecem a afirmação da plenitude da vida do indivíduo, através das relações que estabelece com outros.

Um estudo com idosos reformados e trabalhadores (grupos de comparação) procurou identificar as relações em temas de participação religiosa e saúde. Os resultados encontrados sobre identidade religiosa, auto-estima e sintomas depressivos não mostraram diferenças significativas entre os dois grupos (Keys & Reitzes, 2007).

Num estudo realizado na Grécia, com 91 pacientes de cuidados paliativos, a espiritualidade apresentou relações estatisticamente significativas com características demográficas (sexo masculino, idade mais jovem) e clínicas (estar recebendo quimioterapia), bem como com mais forte desesperança. A partir disso, os autores do estudo propõe que as intervenções voltadas a esses pacientes considerem a dimensão do bem-estar espiritual, tendo em conta essas relações (Mystakidou et al., 2008).

Gilbert e Smith (2009) apresentam outro trabalho com pacientes de cuidados paliativos, nomeadamente com doença pulmonar avançada, realizado em Philadelphia, o qual relata que muitos indivíduos referem um aprofundamento do bem-estar espiritual durante o processo de doença, e muitos referem que apenas desejam mais atenção de seus cuidadores no fim da vida (e não necessariamente tratamentos complexos ou a cura de sua patologia).

A respeito de doenças crónicas, o estudo de Dunn e colaboradores (2006) sugere que, com o incremento do BEE, os problemas decorrentes de viver com uma doença prolongada e incurável diminuem, favorecendo o ajustamento psicológico e estando o BEE ligado a diversos factores psicossociais.

A literatura empírica sobre o tema é relativamente extensa, pelo que tivemos a necessidade de seleccionar alguns que, no nosso entender, melhor ilustram e fundamentam este trabalho. Embora a maioria relacione as patologias normalmente encontradas em pessoas adultas e idosas com a espiritualidade, também podemos encontrar dados sobre pessoas saudáveis (ou sem patologias crónicas). Pipe e colaboradores (2008) relatam que o BEE aparece também como componente central da saúde psicológica de adultos saudáveis, sendo que o mesmo abrange, nesses indivíduos, questões como sentido da vida, harmonia, fé e conforto frente a questões existenciais.

O estudo do BEE em pessoas idosas tem fundamental relevância, considerando que este tem impacto decisivo sobre o bem-estar psicológico e sobre o ajustamento às doenças crónicas. Particularmente em pessoas idosas, o bem-estar espiritual é tão importante quanto o bem-estar subjectivo e o bem-estar psicológico (Blazer, 1991).

As intervenções sobre o BEE podem ser benéficas para o envelhecimento mais saudável, e mesmo para facilitar a adaptação a condições de maior debilidade física, e nesse sentido as pesquisas desenvolvidas devem contribuir para a definição de técnicas mais resolutivas favorecendo o BEE e promovendo o bem-estar em geral nos idosos

(Meraviglia et al., 2008).

2.3 *Intervenções sobre o bem-estar espiritual: promoção da saúde integral através da abordagem da espiritualidade*

O estudo da relação entre religião e saúde já apresentou evidências empíricas sobre o efeito da espiritualidade na redução da morbidade e da mortalidade. Entretanto, as investigações avançam no sentido de compreender por que meios essa redução ocorre, o que é fundamental para poder incorporar esse conhecimento no contexto de uma atenção integral em saúde (Socci, 2006).

Uma intervenção que favoreça a saúde espiritual procura, em primeiro lugar, identificar se a pessoa possui (ou não) uma crença ou uma religião, de que forma se relaciona com sua espiritualidade, e qual a importância que isso tem em sua vida (trata-se de uma relação esclarecedora, humanizadora e libertadora, ou pelo contrário, moralizadora, escravizadora e que conduz a fanatismos?). A partir dessa definição inicial, a intervenção deverá procurar favorecer a consciência do transcendente e o conhecimento dos próprios valores, através do aprofundamento da compreensão de si mesmo (Bermejo, 2010).

Os profissionais de saúde devem procurar apoiar e respeitar o paciente nas suas crenças, sejam elas quais forem, quando e se a pessoa julgar como importante. Actualmente, entende-se que é relevante, e deve fazer parte de um acompanhamento integral em saúde, considerar o factor espiritual. Não se trata de caridade ou de complementaridade, mas de ter em consideração um aspecto fundamental da vida e da saúde humana (Saad, Masiero, & Battistella, 2001).

Dessa forma, a *American College of Physician* (citado em Saad et al., 2001) propôs um guião de questões a serem propostas ao paciente, para melhor decidir sobre a forma de atender suas necessidades espirituais. São elas:

- 1) A fé (religião, espiritualidade) é importante para você nessa doença (situação, condição)?
- 2) A fé foi importante para você em outros momentos de sua vida?

- 3) Você tem alguém com quem falar sobre assuntos religiosos?
- 4) Você gostaria de explorar assuntos religiosos com alguém?

Esse tipo de abordagem é adequado em diferentes contextos, tais como em hospitais, clínicas de internamento, serviços de atendimento domiciliário, instituições de longa permanência de idosos. Contudo, embora seja uma responsabilidade de todo profissional de saúde escutar seu paciente e compreender as suas necessidades, nem sempre ele será a pessoa mais adequada para dar resposta às necessidades espirituais, devendo saber como agir e como fazer um encaminhamento adequado conforme a necessidade do sujeito.

Em muitos casos, a pessoa possui um guia espiritual que gostaria que fosse contactado para a auxiliar, conforme sua experiência prévia e sua crença. Noutros casos, a própria instituição pode dispor de um serviço de capelania ecuménica, sendo que o atendimento das questões espirituais poderá ser bem resolvido dessa maneira. Em situações em que não se pode contar com essas alternativas, o profissional de saúde (desde que sintá-se à vontade) poderá fazer a escuta empática, e tentar auxiliar o paciente a que ele encontre respostas e motivação dentro das suas próprias crenças e de seus valores.

As intervenções focadas no BEE também podem ser benéficas para o envelhecimento mais saudável, e mesmo para facilitar a adaptação a condições de maior debilidade física. Assim sendo, as pesquisas desenvolvidas devem contribuir para a definição de técnicas mais resolutivas para favorecer o bem-estar espiritual e promover o bem-estar em geral nos idosos (Meraviglia et al., 2008).

Uma forma de incrementar o BEE consiste em focar cada um dos domínios (ou um em particular) que o compõe, de forma a tentar melhorá-lo. O nível de BEE é variável, e há formas objectivas de avaliá-lo (e.g. Questionário de Bem-Estar Espiritual – SWBQ, *Spiritual Well-Being Questionnaire*, elaborado por Gomez & Fisher, 2003), e portanto verificar em que âmbito será mais relevante desenvolver intervenções para cada situação.

Corroborando essas proposições, é importante acrescentar que os programas de promoção de saúde que focalizem a espiritualidade, particularmente em idosos, são desejáveis para favorecer um incremento da qualidade de vida. A pessoa idosa, acompanhada segundo uma visão integral, mantém-se como sujeito activo no seu grupo

social e consegue mais facilmente expressar suas vontades e sua independência (Pais-Ribeiro & Pombeiro, 2004).

O modelo holístico de percepção do ser humano pressupõe mais do que considerar todas as partes e a globalidade do indivíduo: requer uma noção da complexidade do sujeito e do mundo, por todas as interações e vínculos estabelecidos, favorecendo ou dificultando os processos de integração que constituem o todo do ser humano. E, acima de tudo, requer um olhar sobre a totalidade da pessoa cuidada, a partir da totalidade do agente cuidador (Bermejo, 2010).

A perspectiva teórica apresentada sobre bem-estar espiritual revela o avanço científico na compreensão dos fenômenos relativos à espiritualidade e à saúde, bem como a sua importância na atenção integral às pessoas idosas. Percebe-se também que ainda são necessárias investigações que focalizem as práticas profissionais em saúde, no que se refere à espiritualidade, bem como os resultados dessas intervenções.

O presente trabalho foi delineado a partir dos pressupostos e modelos referidos ao longo do enquadramento teórico. Na segunda parte, apresenta-se a componente empírica da investigação, expondo detalhadamente os aspectos metodológicos e os resultados observados, bem como as conclusões encontradas ao longo desse processo.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 3 – Síntese conceptual e metodologia

3.1 Síntese conceptual

A reforma, em conjunto com outros eventos vitais inerentes ao envelhecimento, tem influência sobre a saúde. Contudo, não há uma relação directa entre reforma e saúde, pois a mesma é mediada por diferentes factores, tais como características sócio-demográficas.

Dessa forma, considerando o enquadramento teórico (definido na primeira parte da dissertação), torna-se necessário identificar alguns elementos relevantes para a definição metodológica adoptada nesta investigação.

Estudos anteriores verificaram que a percepção da própria saúde é desigual em grupos com características diferentes. Na população portuguesa, demonstrou-se que o pior índice de saúde subjectiva corresponde a mulheres, residentes em zonas rurais, viúvas, trabalhadoras manuais, com baixa escolaridade e com idade inferior aos 45 anos. Deste modelo, pode-se extrair que os estudos sobre a saúde subjectiva devem incluir, entre suas variáveis: género, idade, estado marital, nível de instrução, tipo de ocupação e local de residência (Ferreira & Santana, 2003).

Relativamente à reforma, o conhecimento científico nesse domínio aponta para a necessidade em considerar os aspectos referentes à transição e à adaptação (Fonseca & Paúl, 2004). Por essa razão, optou-se pela divisão da amostra em três grupos, nomeadamente trabalhadores, reformados recentes e reformados há mais tempo. Além disso, foram incluídas variáveis relativas à própria reforma, nomeadamente expectativas (toda amostra), satisfação e avaliação da reforma, alterações de rendimento financeiro, actividades desenvolvidas durante reforma (apenas aos grupos de reformados).

As restantes variáveis incluídas no estudo (suporte social e bem-estar espiritual) foram seleccionadas devido à sua estreita relação com a saúde. Portanto, fez-se uma escolha pelo referencial que define suporte social como um protector da saúde, associado aos processos de transição, tendo um valor preditivo para a adaptação

pessoal, comprovado por estudos anteriores (Monteiro, 2009).

O bem-estar espiritual, por sua vez, surge numa perspectiva holística da saúde, com um lugar de destaque na vida adulta tardia. Considerando a saúde numa perspectiva relacional, em diferentes dimensões, o BEE aborda a espiritualidade de forma ampla (muito além da religião).

A partir desse quadro referencial, optou-se por um estudo com um desenho transversal e descritivo de comparação entre grupos. A variável dependente é a saúde subjectiva, ou seja a percepção de saúde manifesta pelos indivíduos.

Foram incluídas as seguintes variáveis independentes: suporte social percebido, bem-estar espiritual e factores sócio-demográficos. Com o objectivo de estudar as relações entre estas variáveis, as mesmas foram operacionalizadas com a utilização de um instrumento que inclui um questionário e três escalas. Nos itens subsequentes, a metodologia utilizada para este estudo é descrita ao pormenor, acompanhada de informações sobre a amostra e sobre os instrumentos.

3.2 Objectivos e hipóteses de investigação

A investigação empírica procurou associar um evento normativo do ciclo vital (reforma), a três constructos complexos e dinâmicos (saúde, suporte social e BEE), sem esquecer os factores demográficos e sociais como possíveis intervenientes nessa relação.

Dessa forma, o presente estudo tem como objectivos:

- estudar a percepção de saúde (saúde subjectiva) em pessoas durante a sua transição para a reforma;
- analisar as relações entre a saúde subjectiva, o suporte social percebido, o bem-estar espiritual e os factores sócio-demográficos (idade, sexo, situação conjugal, possuir filhos, escolaridade, religião, local de nascimento, meio de residência e categoria profissional);

- verificar se o bem-estar espiritual exerce um papel mediador da influência do suporte social percebido e da transição para a reforma na percepção de saúde (saúde subjectiva).

Considerando o enquadramento teórico descrito anteriormente, as hipóteses de investigação são assim propostas:

H1 – A transição para a reforma exerce uma influência negativa na percepção saúde;

H2 – O suporte social percebido, como satisfatório na transição para a reforma, influencia positivamente a avaliação do indivíduo sobre a saúde (saúde subjectiva);

H3 – O bem-estar espiritual exerce um papel mediador na influência da transição para a reforma e do suporte social sobre a percepção de saúde;

H4 – os factores de transição para reforma, suporte social e bem-estar espiritual têm maior poder preditivo sobre a percepção de saúde que os factores demográficos.

3.3 Amostra

O universo englobado por esta investigação inclui pessoas, de ambos os sexos, que se reformaram (ou se reformarão) pelos 62-65 anos, idade estabelecida para a reforma em Portugal, respectivamente para mulheres e homens (excepto situações em que a reforma ocorre por tempo de serviço, ou devido a trabalhos abrangidos por regimes especiais). Considerando as variáveis a serem estudadas, e respeitando as regras da estatística paramétrica, a amostra para o presente estudo inclui 150 indivíduos,

distribuídos em três grupos de 50 cada um, sendo todos residentes em suas casas (não institucionalizados), em Portugal continental.

O grupo de reformados recentes é constituído por 50 indivíduos que correspondiam ao critério de estarem a gozar os cinco primeiros anos de reforma. O segundo grupo de reformados admitia qualquer tempo de reforma, desde que igual ou superior aos seis anos. O grupo dos trabalhadores, por sua vez, foi definido a partir dos questionários obtidos, considerando o menor tempo até a reforma. A distribuição do tempo desde a reforma e até ao início da mesma, entre os reformados há mais tempo e os trabalhadores, é semelhante em termos de média de anos e de dispersão, conforme pode-se observar na tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição da amostra por grupos, segundo o tempo (em anos) para / desde a reforma e segundo a idade (n=150)

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA POR GRUPOS					
		Média	Desvio Padrão (DP)	Mínimo	Máximo
Tempo de Reforma					
Trabalhadores (T)		13,58	8,834	0	28
Reformados recentes (RR)		3,08	1,563	1	5
Reformados há mais tempo (R>5)		15,74	7,298	6	35
Idade					
T	(n=50)	48,66	9,263	32	65
RR	(n=50)	64,98	5,196	55	73
R>5	(n=50)	74,36	7,588	52	91

Na amostra total, a idade média de idade é de 62,57 anos (DP = 13,03). Nos grupos, pode ser observada uma grande dispersão da amostra, especialmente entre os trabalhadores e os reformados há mais de cinco anos.

No grupo dos trabalhadores, foram seleccionados os 50 sujeitos mais próximos da reforma, sendo que a grande maioria dos indivíduos deveria reformar-se dentro de 10-15 anos. Contudo, e de modo a completar a amostra, foram aceites alguns questionários com um maior tempo (e.g. uma pessoa com 32 anos que prevê trabalhar mais 28 anos

até a reforma). Entre os reformados há mais tempo, também temos pessoas que reformaram-se antes dos 60 anos, devido às características do trabalho exercido, bem como pelos critérios admitidos para tal, na época em que ocorreu a sua reforma.

No seguimento da caracterização da amostra, passaremos a observar outras variáveis sócio-demográficas (tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição da amostra em torno das variáveis demográficas (n=150)

Variável	Grupos	n	%
Sexo	Feminino	99	66,0
	Masculino	51	34,0
Situação conjugal	Casado(a)	103	68,7
	Solteiro(a)	9	6,0
	Viúvo(a)	24	16,0
	Divorciado(a)	10	6,7
	União de facto	4	2,7
Filhos	Sim	125	83,3
	Não	25	16,7
Escolaridade	Não alfabetizado	4	2,7
	Sabe ler e escrever	12	8,0
	Antiga 4ª Classe	17	11,3
	Ensino básico	20	13,3
	Ensino secundário	24	16,0
	Ensino superior	73	48,7
Religião	Católica	123	82,0
	Evangélica	3	2,0
	Espírita	1	10,7
	Tenho uma crença pessoal	16	4,0
	Nem crença, nem religião	6	0,7
	Outra (S.E.R.)	1	0,7
Local de nascimento	Algarve	76	50,7
	Alentejo	19	12,7
	Lisboa	26	17,3
	Centro	14	9,3
	Norte	2	1,3
	Outros países	13	8,7
Meio de residência	Cidade (meio urbano)	139	92,7
	Campo (meio rural)	11	7,3

Na amostra, observa-se uma predominância de pessoas do sexo feminino, casadas, com ensino superior, de religião católica, residentes em meio urbano, e nascidas no Algarve (essa última característica devido à recolha de dados ter sido realizada maioritariamente nessa região).

Conforme pode ser também observado na tabela 2, a maioria dos entrevistados (83,3%) possui um ou mais filhos, sendo a média na amostra de 1,46 filhos (DP = 0,974), com valores mínimo e máximo de 0 e 5, respectivamente.

Relativamente à profissão exercida ao longo da vida, considera-se que seja uma informação relevante para esse estudo, uma vez que aborda a reforma. Portanto, procurou-se traçar o perfil profissional da amostra (tabela 3), em termos da profissão exercida por mais tempo, ao longo da vida (principal), e a última profissão, ou a mais recente, no caso dos trabalhadores.

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo a categoria profissional (n=150)

Categoria Profissional	Principal		Mais Recente	
	n	%	n	%
Ensino (professores)	45	30,0	45	30,0
Trabalhadores do comércio e serviços	33	22,0	27	18,0
Trabalhadores do campo/ do mar/ do lar	18	12,0	17	11,3
Engenharia/ Arquitectura/ Informática	13	8,7	13	8,7
Auxiliares e Administrativos	12	8,0	14	9,3
Saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas, terapeutas)	10	6,7	9	6,0
Gestão e Economia	6	4,0	9	6,0
Trabalhadores mecânicos/ fabris/ obras	4	2,7	7	4,7
Função pública	4	2,7	5	3,4
PSP/ GNR/ Exército (militares)	3	2,0	2	1,3
Comunicação Social	1	0,7	1	0,7
Aviação	1	0,7	1	0,7

Entre os trabalhadores e os reformados, podemos encontrar pessoas com as mais diversas profissões, uma vez que a recolha de dados foi feita em diferentes locais e contextos. Contudo, na amostra obtida, observa-se um predomínio de indivíduos com a profissão docente (professores de educação infantil, ensino básico e secundário, além de ensino superior universitário), seguidos de trabalhadores do comércio, hotelaria e serviços em geral, e de trabalhadores do campo/mar/lar (agricultores, pescadores, domésticas).

Relativamente às demais ocupações, podem ser observadas frequências dispersas, tendo-se buscado agrupar profissões pela sua área de actuação (e.g. saúde). No grupo denominado “função pública”, apenas foram incluídos sujeitos que não referiram a profissão desempenhada, definindo-se apenas desse modo.

Além dos 150 participantes do estudo, foram excluídos 7 questionários de reformados, por falhas graves de preenchimento (ausência de resposta a uma ou mais escalas). Entre os trabalhadores, uma vez que os questionários foram preenchidos pela *internet*, seleccionou-se os 50 mais próximos da reforma, de forma a satisfazer o critério estatístico de amostras emparelhadas.

3.4 Procedimento

Para a realização desta investigação, procedeu-se à elaboração do instrumento de recolha de dados, bem como se efectuou os contactos com os autores das diferentes escalas (suporte social e bem-estar espiritual) para obter autorização para o uso em investigação. Simultaneamente, realizou-se o contacto com Centros de Dia, Centros Comunitários, Juntas de Freguesia e Universidades para Terceira Idade, de diferentes localidades do Algarve, de forma a identificar reformados que poderiam participar da pesquisa.

Posteriormente, em cada local identificado (grupos de convívio, actividades desportivas, aulas), os sujeitos eram convidados a participar, de forma voluntária, do estudo em causa, sendo informados dos objectivos do mesmo e recebendo a garantia da confidencialidade. Após fornecerem seu consentimento, realizou-se a aplicação dos

questionários na presença da pesquisadora.

Numa primeira etapa, aceitou-se todos os sujeitos que se voluntariavam a participar, sendo os mesmos enquadrados no respectivo grupo (reformados recentes ou há mais de 5 anos) posteriormente. Seguidamente, houve uma procura intencional pelos indivíduos necessários para a constituição da amostra, nomeadamente por reformados há menos de 5 anos (os quais foram conseguidos alargando a aplicação dos questionários em outras localidades do Algarve).

Concluída a recolha de dados entre os grupos de reformados, aplicou-se o mesmo instrumento a trabalhadores a tempo inteiro. Para tal, utilizou-se o recurso dos questionários *online*, que permitem a resposta pela *internet*, e não necessitam que a pessoa disponha de muito tempo ou de deslocamento. Dessa forma, distribuiu-se entre contactos em Portugal, com pedido que repassem o questionário, tendo-se obtido a amostra necessária (seleccionados os sujeitos com menor tempo previsto de trabalho, até alcançar a reforma por idade).

Após a etapa de obtenção dos questionários, os mesmos foram organizados no programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences 15.0* (SPSS). A análise dos dados foi então realizada com recurso à estatística descritiva, bem como os demais procedimentos de análise que são descritos em pormenor na apresentação dos resultados de investigação. Subsequentemente, é feita a discussão dos resultados e conclusão da investigação, tendo como referencial a pesquisa bibliográfica realizada ao longo de todo o estudo.

3.5 Instrumentos

3.5.1 Questionário de Dados Sócio-Demográficos e sobre a Reforma

A caracterização da amostra foi obtida através de um questionário de auto-preenchimento, elaborado para este estudo, incluindo perguntas fechadas e de múltipla escolha. Inicialmente, procedeu-se à recolha de dados sócio-demográficos, nomeadamente idade, sexo, estado conjugal, filiação, escolaridade, local de nascimento

e de residência, actividade profissional principal e mais recente, e crença religiosa.

Além dessas informações genéricas e anónimas, foram elaboradas duas questões sobre a reforma (tempo para a/ desde a reforma, e expectativas relativas à reforma), direccionadas a toda amostra, e outras 10 apenas para reformados (sobre actividades desenvolvidas após a reforma, rendimento familiar, avaliação e satisfação com a reforma).

3.5.2 Avaliação da Saúde

Andrew e Dulin (2007), em estudo realizado com idosos na Nova Zelândia, utilizaram uma medida de avaliação da saúde subjectiva composta por duas questões, extraídas de investigações anteriores (Kosloski, et al.; Manderbacka; Kareholt, Martikainen, & Lundberg; Idler & Kasl, citados em Andrew & Dulin, 2007).

A versão original consiste nas questões que abaixo são reproduzidas, incluindo já a tradução para o português. Cada pergunta admite respostas entre péssimo e excelente, numa escala *likert* de 5 níveis.

Questão 1: “*How would you rate your overall health right now?*” (Como classifica a sua saúde geral neste momento?) Resposta: 1 ponto equivale a excelente, e 5 pontos a péssima.

Questão 2: “*If you were to compare yourself to others of the same age, how would you rate your health?*” (Se se comparar a outras pessoas da sua idade, como classifica a sua saúde?) Resposta: 1 ponto equivale a muito melhor que de outros, e 5 pontos a muito pior que de outros.

As duas questões foram testadas pelos autores, e criaram uma variável compósita, que atingiu um alfa de Cronbach de 0,77, considerado aceitável. Os escores obtidos pelos sujeitos ficam situados entre os 2 (melhor saúde) e os 10 (pior saúde) pontos, definindo-se 7 pontos como valor de corte abaixo do qual considera-se uma boa avaliação da própria saúde (Andrew & Dulin, 2007).

Apesar das dúvidas suscitadas, por se tratar de uma escala com poucas questões (o que pode ser considerado uma limitação do instrumento), alguns estudos demonstraram

a sua validade, e, sendo de fácil compreensão e preenchimento, vem a ser uma escolha possível para aplicação em amostras heterogéneas e não clínicas, ou seja, na população geral (Andrew & Dulin, 2007).

Na amostra incluída nesse estudo, a escala de saúde subjectiva apresentou um alfa de Cronbach de 0,799, que pode ser entendido como aceitável, e inclusive num patamar moderado. Trata-se de uma medida de consistência interna importante, revelando que, nesse caso, as propriedades psicométricas são satisfatórias. O alfa de Cronbach não informa sobre a dimensionalidade e direccionalidade do instrumento, mas confirma sua fiabilidade (Maroco, 2003).

3.5.3 Questionário de Suporte Social – versão reduzida (SSQ6)

O Questionário de Suporte Social (SSQ6), elaborado por Saranson e colaboradores em 1983, teve sua versão reduzida adaptada à população portuguesa por Pinheiro e Ferreira (2002), a qual será utilizada nesse estudo.

O SSQ6 focaliza o constructo do suporte social, sendo uma vantagem que possui sobre outros instrumentos semelhantes que dispersam-se na avaliação do apoio social através de diferentes elementos. Inclui itens relativos à aceitação, afecto, afirmação do valor pessoal, e procura conhecer a percepção do indivíduo sobre a disponibilidade de entidades de suporte, e sobre a satisfação com o suporte disponível (Seco, Pereira, Dias, Casimiro, & Custódio, 2006).

Trata-se de um questionário de auto-preenchimento composto por 6 itens que avaliam a percepção da disponibilidade de entidades de suporte, e também a satisfação com o suporte disponível. Cada um dos 6 itens, portanto, é subdividido em duas questões: a primeira, indaga sobre quais são as pessoas que fornecem o suporte, em cada contexto; a segunda, sobre a satisfação com o suporte recebido, na situação determinada, considerando a globalidade das pessoas referenciadas na afirmação da primeira parte.

São questões como, por exemplo, a que é descrita a seguir:

“Com quem é que pode realmente contar quando precisa de ajuda?”

Os respondentes devem indicar o número de pessoas de suporte disponível, que pode variar entre ninguém e 9 indivíduos, sendo eles: companheiro(a)/cônjuge, amigo, mãe e/ou pai, genro e/ou nora, filho(a), vizinho(s), irmã/irmão, colega de trabalho, outra pessoa. Nesta última opção, deve citar qual a pessoa referenciada.

No estudo, foram aceitas todas respostas na opção “outra pessoa” (terapeuta, pastor, primo, entre outras), à exceção de figuras não humanas, nomeadamente: Deus, Mãe Natureza, Poder Superior (respostas extraídas dos questionários). Também a resposta “eu próprio” não foi aceite.

As opções fechadas de resposta foram modificadas, com relação à versão original de Pinheiro e Ferreira (2002), mas realizadas com autorização escrita dos autores responsáveis pela tradução e validação do instrumento, em Portugal.

A seguir, o sujeito deve avaliar qual o seu grau de satisfação com o suporte global recebido (“Qual é o seu grau de satisfação?”), em uma escala tipo *likert* de 6 pontos, na qual 1 significa muito insatisfeito e 6 muito satisfeito (Seco, Casimiro, Pereira, Dias, & Custódio, 2005).

Obtém-se, portanto, dois índices relacionados ao suporte social: um índice de percepção do suporte disponível, através do número médio de pessoas referenciadas (dimensão número), e um índice de satisfação com o suporte social (dimensão satisfação). A consistência interna, na dimensão número, varia entre 0,90 e 0,92, e a dimensão satisfação, entre 0,89 e 0,90, o que confirma a adequação do instrumento. A correlação entre as duas dimensões, embora baixa, varia entre 0,173 e 0,192, com $p=0,011$ e $p=0,002$, respectivamente (Seco et al., 2006).

Na presente investigação com trabalhadores e reformados, os coeficientes do alfa de Cronbach verificado são semelhantes aos originais (0,918 e 0,960 nas dimensões número e satisfação, respectivamente), evidenciando que a consistência interna do instrumento manteve-se apesar da modificação realizada nas opções de resposta (pessoas a serem referenciadas), e uma correlação de 0,309, com $p<0,01$, classificada como moderada a fraca.

3.5.4 Questionário de Bem-Estar Espiritual

O bem-estar espiritual tem sido apontado como uma forma de ligação entre a saúde e a espiritualidade. Baseando-se no conceito amplo do bem-estar espiritual, Gomez e Fisher elaboraram um instrumento de avaliação desse constructo, que considera os quatro domínios (pessoal, comunitário, ambiental e transcendental), publicado em 2003 (Gomez & Fisher, 2005).

O Questionário de Bem-Estar Espiritual é a adaptação portuguesa, por Gouveia e colaboradores (2008), do instrumento elaborado originalmente por Gomez e Fisher, denominado *Spiritual Well-Being Questionnaire* (SWBQ). Consiste num questionário de auto-preenchimento composto por 20 itens, contemplando as quatro dimensões do BEE e um índice global.

O instrumento esclarece sobre dois aspectos relevantes daquilo que propõe: que trata-se de um instrumento que avalia a saúde espiritual, e também que a palavra “Deus” pode ser substituída por outra denominação, conforme a crença pessoal (e.g. “força cósmica”). Portanto, não se trata de um instrumento que pretende conhecer o aspecto religioso, mas sim, abordar a espiritualidade inerente ao ser humano, independente de sua orientação religiosa.

As 20 afirmações estão inseridas numa grelha de respostas, com uma escala de 5 pontos, no qual 1 significa “muito pouco”, 3 representa “moderado”, e 5 indica “muitíssimo”.

A partir das respostas obtidas, é calculado o bem-estar espiritual em cada uma das subescalas e o global. Cada subescala inclui 5 frases, como por exemplo:

“Em que medida você se sente a desenvolver:

- 1) afecto pelas outras pessoas.” (dimensão comunitária)
- 5) Um sentimento de identidade pessoal.” (pessoal)
- 13) Um sentimento de paz com Deus.” (transcendental)
- 20) Uma sensação de deslumbramento pela natureza.” (ambiental)

O resultado das subescalas é obtido pela média de 5 afirmações correspondentes

àquela dimensão, e o índice global, pela média de todas as respostas.

Gomez e Fisher (2003) desenvolveram diversos estudos de validação da escala, que ao longo dos mesmos demonstrou possuir propriedades psicométricas favoráveis. Trata-se de uma escala com fiabilidade, consistência interna ($\alpha=0,92$), validade do constructo e confirmação da sua estrutura factorial.

As subescalas diferem em termos da consistência, sendo que a dimensão transcendental demonstra ser a mais consistente, em oposição às escalas pessoal e comunitária. Alguns itens ainda necessitam ser reformulados (e.g. item 9-dimensão pessoal: “auto-consciência”), de modo a aprimorar o questionário e a avaliação do constructo (Gouveia, Marques, & Ribeiro, 2009).

Na adaptação do questionário para a população portuguesa (SWBQp), os autores obtiveram um alfa de Cronbach de 0,887, indicando uma consistência interna bastante satisfatória. Dessa forma, propõe que se prossiga a utilização do instrumento em investigação, tendo em vista um maior aprofundamento do conceito do bem-estar espiritual na população portuguesa (Gouveia et al., 2008).

Na amostra de trabalhadores e reformados dessa investigação, o índice de consistência interna verificado é semelhante às pesquisas originais (Bee Global = 0,909; BeeP = 0,780; BeeC = 0,755; BeeA = 0,892; BeeT = 0,897) e igualmente satisfatório.

CAPÍTULO 4 – Apresentação e Discussão dos Resultados

4.1 Apresentação dos Resultados

A análise dos dados inicia-se com a estatística descritiva, com a distribuição de frequências simples e relativa, bem como com as medidas de posição (média) e de dispersão (desvio padrão e amplitude) para descrever as variáveis. Para a comparação de proporções foi utilizado o teste Exacto de Fisher, para tabelas 2x2, e por simulação de Monte Carlo, para tabelas 2x3 (Callegari-Jacques, 2003).

Os dados receberam tratamento estatístico utilizando-se o software SPSS 15.0 (*Statistical Package for Social Sciences for Windows*), no qual, para os critérios de decisão, foi adoptado o nível de significância de 5% ($p > 0,05$).

Na amostra geral, as expectativas relativamente à reforma são descritas conforme a tabela a seguir (tabela 4), sendo importante destacar que numa escala na qual 0 indica “não possui/possuía expectativas”, 1 representa “muito negativas” e 4 significa “muito positivas”, a média da amostra situa-se em 2,25 (DP=1,429), para os valores mínimo e máximo iguais a 0 e 4, respectivamente.

Tabela 4 – Caracterização da reforma, segundo expectativas, na amostra (n=150)

CARACTERIZAÇÃO DA REFORMA (expectativas)		
	n	%
Não possui(a) expectativas (0)	28	18,7
Muito negativas (1)	22	14,7
Mais negativas que positivas (2)	16	10,7
Positivas, mas com reservas (3)	52	34,7
Muito positivas (4)	32	21,3

Na tabela 4 é possível observar que, na amostra total, a reforma é envolta por expectativas mais positivas (56%) que negativas, embora muitas pessoas (18,7%) referenciam uma ausência de expectativas.

Contudo, realizando uma caracterização das expectativas nos três grupos, observa-se uma distribuição distinta. Excluindo-se os sujeitos que referem não possuir expectativas, tem-se que os reformados há mais de cinco anos revelam uma expectativa média igual a 2,76 (DP=1,011), não apresentando diferenças estatisticamente significativas com relação aos demais grupos.

Os trabalhadores apresentam uma expectativa média igual a 2,44 (DP=1,097), enquanto os reformados recentes obtiveram uma média igual a 3,09 (DP=0,910). A diferença entre esses dois grupos é estatisticamente significativa ($p=0,014$), sendo que os reformados recentes possuem expectativas mais positivas sobre a reforma que os

trabalhadores (diferença de médias igual a 0,652).

Além das expectativas, a reforma pode ser caracterizada analisando-se as actividades desenvolvidas (trabalho remunerado e voluntário, e actividades de lazer), o rendimento pessoal/familiar, a satisfação e a avaliação da sua condição actual. Essa etapa do questionário foi dirigida exclusivamente aos reformados de ambos os grupos, obtendo-se uma caracterização conforme descrito na tabela 5.

Tabela 5 – Caracterização da reforma em reformados recentes e há mais de cinco anos (n=100)

		CARACTERIZAÇÃO DA REFORMA			
		RR (n=50)		R>5 (n=50)	
		n	%	n	%
Alteração de rendimento	Manteve as mesmas condições	26	52,00	26	52,00
	Percebeu uma diminuição financeira	21	42,00	23	46,00
	Percebeu um aumento financeiro	3	6,00	1	2,00
Actividades profissionais	Sim	8	16,00	3	6,00
	Não	42	84,00	47	94,00
Actividades voluntárias	Sim	8	16,00	7	14,00
	Não	42	84,00	43	86,00
Curso, Universidade	Sim	15	30,00	18	36,00
	Não	35	70,00	32	64,00
Desporto	Sim	36	72,00	37	74,00
	Não	14	28,00	13	26,00
Grupo de convívio	Sim	25	50,00	24	48,00
	Não	25	50,00	26	52,00
Actividade religiosa	Sim	8	16,00	17	34,00
	Não	42	84,00	33	66,00
Actividade cultural	Sim	7	14,00	6	12,00
	Não	43	86,00	44	88,00
Actividade ambiental	Sim	3	6,00	2	4,00
	Não	47	94,00	48	96,00

Na tabela 5 podemos observar que a maioria dos entrevistados não realiza actividade profissional, mas que as actividades de lazer costumam ser uma opção entre os reformados, destacando-se o desporto, os grupos de convívio e as universidades seniores. Há poucas diferenças entre os dois grupos de reformados, à excepção do item actividade religiosa. A análise realizada através do teste do qui-quadrado indica que na actividade religiosa há uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p=0,038$), sendo que os reformados há mais de cinco anos referem uma maior frequência a actividades dessa natureza.

Tabela 6 – Avaliação e Satisfação com a reforma, em reformados recentes e há mais de cinco anos (n=100)

		CARACTERIZAÇÃO DA REFORMA			
		RR (n=50)		R>5 (n=50)	
		n	%	n	%
Avaliação da Reforma	Péssima	2	4,00	0	0
	Má	3	6,00	4	8,00
	Nem boa, nem má	19	38,00	21	42,00
	Boa	20	40,00	20	40,00
	Excelente	6	12,00	5	10,00
Satisfação com a Reforma	Muito insatisfeito	0	0	2	4,00
	Insatisfeito	7	14,00	5	10,00
	Algo insatisfeito	2	4,00	3	6,00
	Pouco satisfeito	9	18,00	11	22,00
	Satisfeito	27	54,00	21	42,00
	Muito satisfeito	5	10,00	8	16,00

Relativamente à vivência da reforma (tabela 6), segundo a percepção dos reformados recentes e há mais de cinco anos, utilizou-se uma escala de avaliação, na qual um representa a classificação péssima, e cinco, excelente. De modo semelhante, os sujeitos deveriam indicar sua satisfação com a reforma, numa escala em que um

significa muito insatisfeito, e seis, muito satisfeito.

No grupo de reformados recentes a avaliação da reforma apresenta uma média de 3,50 (DP=0,931), e entre os reformados há mais de cinco anos, a média é de 3,52 (DP=0,789). Sobre a satisfação com a reforma, a média do primeiro grupo é de 4,42 (DP=1,180) e, do segundo, de 4,36 (DP=1,336). O teste *t* de *Student* evidencia que não há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (avaliação da reforma: $p=0,908$; satisfação com a reforma: $p=0,812$).

Retornando à análise da amostra global do estudo, procede-se à avaliação dos resultados obtidos nas diferentes escalas, nomeadamente de saúde subjectiva, suporte social percebido, e bem-estar espiritual, bem como às correlações entre as mesmas (tabela 7).

A matriz das correlações, calculada através do coeficiente de *Pearson*, revela-nos valores no sentido esperado na análise intra-escalas, uma vez que as dimensões estão fortemente correlacionadas no suporte social, bem como no bem-estar espiritual.

O suporte social percebido apresenta uma correlação entre a dimensão numérica e dimensão da satisfação ($r=0,309$), com um nível de significância a 1% ($p>0,01$).

O mesmo pode ser verificado entre as quatro subescalas de bem-estar espiritual, que estão correlacionadas entre si (pessoal e comunitário, $r=0,645$; pessoal e ambiental, $r=0,502$; pessoal e ambiental, $r=0,335$; comunitária e ambiental, $r=0,487$; comunitária e transcendental, $r=0,366$; ambiental e transcendental, $r=0,494$; todas com $p>0,01$). Pode-se ainda referir que o bem-estar espiritual global relaciona-se com as quatro subescalas: pessoal ($r=0,750$; $p>0,01$), comunitário ($r=0,742$; $p>0,01$), ambiental ($r=0,816$; $p>0,01$), e transcendental ($r=0,776$; $p>0,01$).

Dando seguimento à análise das correlações, observou-se os resultados inter-dimensões. A saúde subjectiva apresenta uma correlação significativa ($p>0,01$) com o domínio pessoal do bem-estar espiritual ($r=-0,200$) e com o suporte social numérico ($r=-0,194$). Também correlaciona-se ($p>0,05$) com as dimensões comunitária ($r=-0,145$) e transcendental ($r=-0,143$) do bem-estar espiritual. Todas as correlações são negativas, uma vez que a escala de avaliação da saúde tem uma pontuação inversa (melhor avaliação da saúde representa uma pontuação mais baixa) às de bem-estar espiritual e suporte social.

O bem-estar espiritual (BEE) e o suporte social (SS) apresentam algumas

correlações entre suas dimensões, sendo elas: BEE global e SS número ($r=0,203$; $p>0,01$), BEE pessoal e SS número ($r=0,231$; $p>0,01$) e satisfação ($r=0,218$; $p>0,01$), BEE comunitário e SS número ($r=0,262$; $p>0,01$) e satisfação ($r=0,140$; $p>0,05$), BEE ambiental e SS número ($r=0,136$; $p>0,05$).

Tabela 7 – Estatística descritiva e correlações, das escalas de saúde, bem-estar espiritual e suporte social

	1	2	2.1	2.2	2.3	2.4	3.1	3.2
1.Saúde	1	-,066	-,200**	-,145*	-,102	-,143*	-,194**	-,110
2.BeeG		1	,750**	,742**	,816**	,776**	,203**	,083
2.1BeeP			1	,645**	,502**	,335**	,231**	,218**
2.2BeeC				1	,487**	,366**	,262**	,140*
2.3BeeA					1	,494**	,136*	,067
2.4BeeT						1	,069	-,083
3.1SSQ6n							1	,309**
3.2SSQ6s								1
Média	4,800	3,655	3,652	3,726	3,766	3,474	1,656	4,85
DP	1,442	0,531	0,595	0,498	0,748	0,896	0,975	1,017
Mínimo	2	2,1	2,2	2,6	1	1	0	1
Máximo	10	5	5	5	5	5	6,5	1

correlação significativa a 0,05(1-tailed)* *correlação significativa a 0,01(1-tailed)*

Abreviaturas: Saúde = Escala de Saúde Subjectiva; SSQ6N = Suporte Social percebido, dimensão Número; SSQ6S = Suporte Social percebido, dimensão Satisfação; BeeP = bem-estar espiritual, dimensão pessoal; BeeC = dimensão comunitária; BeeA = dimensão ambiental; BeeT = dimensão transcendental; BeeG = bem-estar espiritual global.

Uma vez concluída a análise das correlações entre os instrumentos, procura-se conhecer os resultados de saúde subjectiva, suporte social e bem-estar espiritual, nos três grupos da amostra desta investigação, através do teste de comparação múltipla de análise da variância (ANOVA).

Relativamente à avaliação da própria saúde, o grupo dos trabalhadores apresentou uma média mais positiva (4,38), enquanto os reformados há mais de cinco anos revelaram uma pior percepção de saúde (5,16), na comparação média entre os grupos.

No suporte social, os trabalhadores obtiveram melhores resultados médios em ambas dimensões, numérica e satisfação (respectivamente, média=2,08 e média=5,18). Os reformados há mais de cinco anos foram os que referiram um menor número de pessoas, em média, na avaliação do suporte social disponível (média=1,38), mas os reformados recentes mostram-se mais insatisfeitos (média=4,68).

Na avaliação do bem-estar espiritual, os trabalhadores apresentam a melhor média na dimensão global (média=3,68) e nas subescalas pessoal (média=3,84), comunitária (média=3,79), e ambiental (média=3,81)). Contudo, apresentam a média mais baixa no domínio transcendental (média=3,29). Os reformados há mais de cinco anos obtiveram a melhor média neste domínio (média=3,58), mas as mais baixas no pessoal (média=3,53), comunitário (média=3,65) e global (média=3,64). Na dimensão ambiental, os reformados recentes apresentaram a média mais baixa (média=3,69).

Com base nos resultados da ANOVA (tabela 8), verifica-se que há uma diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$) na saúde subjectiva ($F=3,863$; $p=0,023$) e no suporte social, nas dimensões numérica ($F=8,004$; $p=0,001$) e de satisfação ($F=3,897$; $p=0,022$). Contudo, em termos do bem-estar espiritual, apenas verifica-se uma diferença estatisticamente significativa no domínio pessoal ($F=3,963$; $p=0,021$).

Contudo, para identificarmos onde se encontram as diferenças, recorreremos a outro teste estatístico. O teste *post-hoc* é um procedimento de comparação múltipla de médias, também chamado de pós-teste. Para este fim, existem diferentes testes, e não há um consenso sobre qual o melhor deles, sendo alguns mais aceitáveis que outros. O teste de *Scheffe* é especialmente recomendado quando se compara um número reduzido de grupos, sendo a escolha adequada nessa investigação (Maroco, 2003).

O pós-teste, portanto, indica que a diferença de médias na saúde subjectiva está entre o grupo dos trabalhadores e dos reformados há mais de cinco anos ($p=0,025$; diferença de médias=0,780), com um melhor resultado de saúde no grupo dos trabalhadores. Com relação ao bem-estar espiritual, domínio pessoal, os trabalhadores apresentam uma média mais favorável ($p=0,028$; diferença de médias=0,316) em comparação com o grupo de reformados há mais de cinco anos.

Na avaliação do suporte social, o pós-teste evidencia uma diferença favorável aos trabalhadores, tanto em comparação com os reformados recentes ($p=0,011$; diferença de médias=0,57), como com os reformados há mais tempo ($p=0,001$; diferença de médias=0,70), na dimensão numérica. No domínio da satisfação, apenas há uma diferença significativa entre trabalhadores e reformados recentes ($p=0,046$; diferença de médias=0,50), novamente mais positiva no primeiro grupo.

Tabela 8 – Comparação de médias - ANOVA

	T (n=50)		RR (n=50)		R>5 (n=50)		ANOVA	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	F	<i>p</i>
Saúde	4,38	1,44	4,86	1,28	5,16	1,52	3,863	0,023*
SSQ6N	2,08	1,18	1,51	0,69	1,38	0,85	8,004	0,001*
SSQ6S	5,18	0,78	4,68	1,22	4,71	0,95	3,897	0,022*
BeeP	3,84	0,66	3,60	0,57	3,52	0,51	3,963	0,021*
BeeC	3,79	0,59	3,74	0,48	3,65	0,49	1,065	0,347
BeeA	3,81	0,73	3,69	0,90	3,80	0,59	0,333	0,717
BeeT	3,29	0,99	3,55	0,87	3,58	0,79	1,582	0,209
BeeG	3,68	0,57	3,65	0,57	3,64	0,45	0,093	0,911

* $p < 0,05$

Abreviaturas: F= variância entre grupos; *p*= nível de significância. Saúde = Escala de Saúde Subjectiva; SSQ6N = Suporte Social percebido, dimensão numérica; SSQ6S = Suporte Social percebido, dimensão da satisfação com suporte recebido; Beep = bem-estar espiritual, dimensão pessoal; Beec = dimensão comunitária; Beea = dimensão ambiental; Beet = dimensão transcendental; Beeg = bem-estar espiritual global.

Por fim, aplicou-se uma equação de regressões múltiplas, no sentido de testar a questão principal do estudo, ou seja, verificar se a reforma influencia a saúde subjectiva, através da análise das possíveis interferências do bem-estar espiritual, suporte social, factores sócio-demográficos, e variáveis relativas à própria reforma.

Elaborando-se uma regressão em que a saúde subjectiva entra como variável dependente, e as demais variáveis do estudo são consideradas como independentes, em grupos ou individualmente, encontrou-se o modelo descrito na tabela 9.

Tabela 9 – Síntese das regressões múltiplas hierárquicas, da influência das variáveis independentes na saúde subjectiva

VD	Coeficientes de Determinação			Coeficientes de Regressão		
	R ²	R ² Ajustado	F	Preditores	β	t
GRUPO_1	.038	.031	5,783*	SSQ6_SAT	0,048	29,348*
GRUPO_2	.038	.031	5,835*	BEEP	0,094	5,475*
GRUPO_2	.087	.074	6,984***	BEEP,BEE T	0,132	6,094***
GRUPO_3	.045	.038	6,901**	IDADE	-.023	15,219**
GRUPO_4	.011	.010	6,891**	SAT_Ref	0,122	2,625**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Abreviaturas: R² = Coeficiente de determinação, SSQ6_SAT = Satisfação com o Suporte Social Recebido, BEEP = Bem-estar Espiritual Pessoal, BEET = Bem-estar Espiritual Transcendental, SAT_Ref = Satisfação com a Reforma. Grupo 1 = suporte social percebido: número de pessoas referenciadas e satisfação com suporte recebido; Grupo 2 = subescalas e índice global de bem-estar espiritual; Grupo 3 = variáveis sócio-demográficas; Grupo 4 = variáveis relativas à ocupação e avaliação da reforma.

Na leitura dos resultados das regressões múltiplas, verifica-se que são preditores de saúde subjectiva a satisfação com o suporte social, o bem-estar espiritual pessoal e transcendental, a idade, a percepção da própria saúde e a satisfação com a reforma. Essas variáveis contribuem de modo estatisticamente significativo para explicar a variância das expectativas de resultados na avaliação da saúde.

A satisfação com o suporte social ($\beta = 0,048$; $t = 29,348$; $p < 0,05$) influencia em 3,8% a variância da saúde subjectiva. O bem-estar espiritual, dimensão pessoal, ($\beta = 0,094$; $t = 5,475$; $p < 0,05$) também representa uma influência de 3,8% da variância, quando

isolado, mas aumenta para 8,7% quando em conjunto com o bem-estar espiritual, dimensão transcendental ($\beta=,132$; $t=6,094$; $p<0,001$).

Por sua vez, a variável idade ($\beta=-,023$; $t=15,219$; $p<0,01$) relaciona-se inversamente com a saúde subjectiva, explicando 4,5% da variância, que aponta para indicadores menos favoráveis na avaliação da saúde, com o aumento da idade.

No grupo dos reformados, a satisfação com a reforma, prediz 1,1% da variância ($\beta=1,138$; $t=3,934$; $p<0,001$), ou seja, há alguma relação entre a satisfação e a saúde.

4.2. Discussão dos Resultados

A investigação procurou uma amostra heterogénea, que de alguma forma pudesse ser representativa da população geral de trabalhadores e reformados. Contudo, não sendo uma amostra grande, percebe-se alguns enviesamentos, nomeadamente um maior percentual de mulheres, de pessoas católicas, e de professores. Apesar dessa limitação, ainda assim é possível contar com sujeitos com diferentes características pessoais e profissionais.

Relativamente aos resultados obtidos no estudo, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos de reformados (recentes e há mais tempo), no que se refere à avaliação da reforma e satisfação com a mesma, bem como na saúde subjectiva, no suporte social e no bem-estar espiritual.

O processo de transição – adaptação à reforma está relacionado a diferentes factores, nomeadamente as vivências anteriores de transição, a importância do trabalho desempenhado, os elementos sociais e demográficos, entre outros (Deps, 1994).

Embora os primeiros tempos da reforma (de modo particular o primeiro ano) sejam mais complicados, há uma tendência dos indivíduos a adaptarem-se à nova condição e a aproveitar o tempo disponível, sendo a reforma tida como um período satisfatório e desejado (Fonseca, 2006).

Sobre essa ausência de diferenças verificada no estudo, pode-se tecer duas considerações importantes:

- 1) a amostra é pequena, e embora haja alguma diferença de médias, as mesmas

não são significativas;

2) a delimitação dos grupos, utilizando um período de cinco anos desde a reforma para separar reformados recentes e há mais tempo, pode não ser adequada, pois o impacto da transição começa a ser diluído após o primeiro ano.

Numa investigação realizada por Andersson (citado em Fonseca & Paúl, 2004), com uma amostra representativa de 18.000 indivíduos, foi demonstrado que a condição percebida ao longo da reforma mantinha-se estável e, inclusive, melhorava com a passagem do tempo.

Desta forma, verificam-se diferenças significativas, em alguns aspectos, entre trabalhadores e reformados. A comparação entre os grupos evidenciou uma diferença significativa na percepção de saúde, entre os trabalhadores e os reformados há mais de cinco anos. Um dos factores que poderia explicar esse resultado é a idade, uma vez que no primeiro grupo são incluídas pessoas com 48,66 anos, em média, e o segundo, com 74,36 anos.

Para Fonseca e Paúl (2004), a reforma é um evento de vida que influencia a saúde. Entretanto, seus estudos apontaram numa direcção inversa, de que indivíduos reformados apresentam melhores indicadores de saúde subjectiva, não obstante a idade. Os mesmos autores reconhecem que, ainda assim, há resultados contraditórios nessa temática.

Apesar das diferenças, a média de saúde subjectiva, nos três grupos, está situado dentro de parâmetros consistentes com uma boa saúde. Ou seja, mesmo entre o grupo dos reformados há mais tempo, a média da percepção de saúde não é considerada má (igual ou superior a sete pontos).

A saúde percebida refere-se a avaliação realizada pelo indivíduo sobre a sua condição, e inclui tanto a lembrança do funcionamento passado, como uma expectativa de futuro, considerando sempre a auto-observação e os parâmetros sociais e pessoais. Não se trata, assim, de um indicador objectivo de saúde (Vitta, 2001).

Não obstante, uma vez que foram analisados outros indicadores além da percepção de saúde, pode-se explorar algumas hipóteses considerando as variáveis do suporte social e do bem-estar espiritual.

O estudo da variável do suporte social evidenciou que, entre trabalhadores e reformados recentes, os primeiros apresentam um maior número de pessoas

referenciadas, bem como uma maior satisfação com o apoio recebido. A diferença entre trabalhadores e reformados há mais tempo também é significativa, mas apenas em termos da dimensão numérica. Os trabalhadores referenciam, em média, mais quatro pessoas que os reformados há mais de cinco anos.

Esses dados evidenciam um decréscimo importante do apoio social, quer pelo aumento da idade, quer pela saída do mercado de trabalho em si. Uma vez que há uma relação íntima entre saúde e suporte social, pode-se pensar que a diminuição dos indicadores de saúde está relacionada também ao estreitamento da rede social.

Sarason e Sarason (2009), investigadores que contribuem intensamente para o conhecimento do suporte social, afirmam que o mesmo está inegavelmente associado à morbilidade, mortalidade, recuperação de doenças, e capacidade de lidar com agentes stressores.

Estudos comprovaram que o suporte social protege o indivíduo contra o stresse, ao facilitar o *coping* (no caso, com a situação de crise e envelhecimento). Também é directamente benéfico para a saúde, ao aumentar a capacidade do indivíduo de procurar auxílio e de manter comportamentos mais saudáveis (Monteiro, 2009).

O bem-estar espiritual, por sua vez, tem sido descrito como a síntese da relação entre a saúde e a espiritualidade. Essa relação é dinâmica e é percebida como uma experiência de fortalecimento individual, numa visão integrativa de saúde e manutenção da qualidade de vida (Costa et al., 2008).

Na nossa investigação, apenas no domínio pessoal do BEE podem-se verificar diferenças estatisticamente significativas, entre o grupo de trabalhadores e reformados há mais tempo. O BEE assume uma maior relevância na vida adulta tardia, pois representa uma procura de significado e propósito. Embora fosse esperado encontrar indicadores mais elevados de BEE entre os reformados, não foi possível assumir que há diferenças entre grupos, além da dimensão pessoal (na qual os trabalhadores obtiveram uma pontuação média mais alta).

A dimensão pessoal refere-se ao modo como a pessoa se relaciona consigo própria, na construção e manutenção da identidade e da auto-estima. Também são incluídas nesse domínio, as ideias sobre o significado e propósito da vida, bem como os valores pessoais (Gouveia et al., 2009).

O BEE é importante ao longo de todo ciclo vital, mas para o idoso é

especialmente relevante, pois ele necessita lidar com seu passado para alcançar a maturidade espiritual, enfrentando o processo de envelhecimento e consequente perda de capacidades. Nesse sentido, o BEE surge como uma reafirmação da vida (Parker, 2007).

Os constructos da saúde subjectiva, do suporte social e do bem-estar espiritual estão correlacionados, conforme demonstra a literatura na área.

O bem-estar espiritual (BEE) também está relacionado à saúde subjectiva. Muitas pesquisas relacionam espiritualidade e saúde e, embora existam diferentes achados, de modo geral entende-se que a espiritualidade facilita o enfrentamento de situações problemáticas de stresse e mudança, bem como a procura activa de relacionamentos interpessoais significativos (Kim & Koenig, 2007).

Não obstante, o BEE tem sido correlacionado com uma melhor avaliação subjectiva da própria saúde, bem como uma maior satisfação com o suporte social percebido (Marques, 2003).

Na investigação por nós realizada, foram encontradas as correlações esperadas entre o BEE global e as subescalas. O mesmo pode ser verificado entre as duas dimensões (número e satisfação) do suporte social. Entre o BEE e o suporte social, também se observam associações entre algumas dimensões, por exemplo o BEE comunitário e os dois domínios relativos ao apoio social.

Contudo, as correlações mais importantes são as que comprovam a associação entre a saúde e o BEE, nomeadamente através das dimensões pessoal, comunitária e transcendental, bem como entre a saúde e o suporte social numérico.

Essas relações são comprovadas por estudos anteriores, e confirmam a importância em agregar o conjunto dessas variáveis em investigações, quer em amostras de pessoas idosas, quer em outros grupos populacionais.

O estudo pode também indicar alguns preditores de saúde subjectiva, dentre as variáveis estudadas. A satisfação com o suporte social, o bem-estar espiritual pessoal e transcendental e a idade são preditores para a percepção de saúde na amostra estudada. Entre os reformados incluídos no estudo, apenas a satisfação com a reforma demonstra uma influência sobre a saúde subjectiva.

Contudo, é importante ressaltar que a saúde percebida é uma medida diferente da saúde real (física e psíquica), embora deva incluir um reflexo da mesma. Trata-se de

uma avaliação que a pessoa realiza da própria saúde, influenciada por diferentes elementos que compõe a sua experiência pessoal. A saúde subjectiva informa, essencialmente, sobre um estado de satisfação do indivíduo, relativamente à própria saúde.

Dessa forma, não é possível afirmar, com os resultados dessa investigação, que o bem-estar espiritual e o suporte social são preditores de saúde geral. Contudo, muitas pesquisas anteriores apontam nesse sentido, e pode-se entender que também a saúde percebida é influenciada por essas variáveis.

Retomando-se os objectivos propostos neste estudo, pode-se observar que a saúde subjectiva decaiu nos grupos, sendo que os trabalhadores revelaram um avaliação mais positiva da própria saúde que os reformados há mais tempo. Apesar desse resultado, não é possível assumir que a primeira hipótese (a transição para a reforma influencia negativamente a percepção de saúde) seja verdadeira, nem podemos rejeitá-la, tendo em consideração as limitações da medida de saúde subjectiva, e a limitação inerente a um estudo de desenho transversal.

Apesar de inconclusivo, o resultado do estudo é coerente com as investigações realizadas previamente. A literatura indica que os reformados seguem trajectórias diferenciadas, que definem o processo de transição e de ajustamento à reforma. Enquanto alguns indivíduos relatam problemas decorrentes do ingresso na reforma, bem como uma diminuição do bem-estar subjectivo, a grande maioria tende a realizar um processo satisfatório de adaptação, em prol da manutenção da sua saúde e de seu bem-estar (Wang, 2007).

Conforme descrevem Kim e Moen (2002), a saúde está correlacionada com o ajustamento à reforma, sendo que as variáveis demográficas e sociais podem interferir nesse processo, que inclui necessariamente outros aspectos, como características de personalidade.

Estas últimas não foram consideradas no estudo por nós realizado, mas incluímos as demais variáveis, além do bem-estar espiritual. A análise das relações entre a saúde subjectiva, o suporte social, o bem-estar espiritual e os factores sócio-demográficos confirmam a quarta hipótese, de que estes últimos representam uma menor influência sobre a percepção da própria saúde.

Além disso, podemos confirmar as ligações existentes entre a saúde subjectiva, o

suporte social percebido e o BEE, nas suas diferentes dimensões. A partir da análise das correlações, é possível fazer algumas inferências sobre a influência do suporte social na percepção de saúde. O grupo dos trabalhadores, que apresentou melhores resultados de saúde, revela uma média mais elevada na dimensão numérica do suporte social (número de pessoas referenciadas), bem como uma maior satisfação com o suporte recebido. O domínio da satisfação com o suporte social aparece também na equação de regressão hierárquica como preditor de saúde. Nesse sentido, a segunda hipótese do estudo, que afirma que o suporte social influencia a avaliação do indivíduo sobre a própria saúde, não pode ser rejeitada.

Os estudos anteriores, descritos por Minardi e Blanchard (2004), revelaram que as dimensões numérica e de satisfação nem sempre estão correlacionadas. Além disso, as pessoas idosas podem experimentar uma diminuição do suporte social, que pode ser associada ao aparecimento de sintomas depressivos (e, conseqüentemente, uma avaliação menos positiva da própria saúde).

Outrossim, a investigação definiu como objectivo avaliar o papel do BEE na relação entre saúde subjectiva e transição para a reforma (terceira hipótese, que afirma que o BEE exerce um papel mediador na influência da reforma e do suporte social, sobre a percepção de saúde). Os resultados confirmam uma correlação entre dimensões do bem-estar espiritual e o suporte social e a saúde. O grupo dos trabalhadores apresenta uma média mais elevada no índice global, em comparação com os demais grupos, mas essa diferença não é significativa. Na equação de regressão hierárquica, as dimensões pessoal e transcendental revelam-se preditores de saúde subjectiva. Dessa forma, pode-se assumir que o bem-estar espiritual exerce uma influência sobre a percepção da saúde, e principalmente que relaciona-se com este constructo e com o suporte social percebido.

A análise realizada é coerente com os estudos na área da espiritualidade e saúde, uma vez que há quase uma unanimidade em reconhecer a influência do BEE sobre a saúde física, mental e social (Volcan et al., 2003).

Embora ainda não seja possível delimitar com exactidão os mecanismos que determinam essa influência ou inter-relação, alguns autores propõem hipóteses explicativas sobre o tema, sejam elas: as actividades espirituais influenciam psicodinamicamente a saúde através das emoções positivas; a prece e outros rituais interferem em mecanismos psiconeuroimunológicos e psicofisiológicos; a

espiritualidade facilita o desenvolvimento de recursos psicossociais para o enfrentamento de situações adversas. De qualquer forma, a espiritualidade é considerada um recurso valioso para a promoção e a recuperação da saúde física e psicológica (Volcan et al., 2003).

A partir dos resultados da investigação, conclui-se que, na amostra estudada, a percepção da própria saúde sofre um decréscimo significativo na etapa de estabilização da reforma. Verificou-se, também, que o suporte social e o bem-estar espiritual influenciam a saúde subjectiva, embora seu papel mediador não tenha sido claramente demonstrado. Os factores demográficos, conforme era esperado, não revelaram uma função de destaque no processo, à excepção da idade. Considerados os objectivos de investigação e as hipóteses que foram delimitadas, entende-se que este estudo atingiu o seu propósito, apesar de possuir algumas limitações que serão discutidas a seguir.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

A reforma é um evento normativo do ciclo vital, caracterizado pelo abandono da vida activa. Sendo a relação do homem com o trabalho construída ao longo da vida, esse momento de transição é complexo e passível de causar alterações. A entrada na reforma não significa o início da velhice, embora haja uma associação pela idade e pelo momento de vida.

O envelhecimento saudável é uma preocupação mundial, sendo que a população idosa está a aumentar. O prolongamento da vida, infelizmente, nem sempre significa saúde e bem-estar. Nesse sentido, os estudos que procuram identificar factores promotores de qualidade de vida são benéficos e necessários para a delimitação de estratégias direccionados à população mais idosa.

O conhecimento dos factores que influenciam o envelhecimento bem sucedido é de extrema importância para o apoio e acompanhamento de pessoas idosas. Para tal, é fundamental ter em conta o modelo holístico de saúde, que inclui, para além dos aspectos físicos e psíquicos, as relações humanas e sociais estabelecidas e a dimensão espiritual do sujeito.

Na medida que entendemos que a saúde subjectiva informa sobre uma percepção do bem-estar, e que variáveis como a reforma, o suporte social, ou o bem-estar espiritual podem influenciar o mesmo, é possível incluir esses elementos na definição de estratégias de intervenção, de forma a promover a saúde e a qualidade de vida.

Na presente investigação, observou-se que a saúde subjectiva, o suporte social e o bem-estar espiritual estão relacionados. Além disso, a reforma parece ter uma influência negativa sobre a percepção de saúde, embora não tenha sido possível delimitar o papel da reforma e da idade nessa relação. Contudo, outro dado relevante é que a satisfação geral com a reforma esteve associada à saúde percebida. Portanto, pessoas mais satisfeitas com a reforma tendem a ser mais satisfeitas também com a sua saúde.

A relevância dos resultados deve-se ao facto de servirem como indicadores na definição de intervenções que favoreçam uma reforma mais agradável e proveitosa, com o intuito de promover a saúde, e não apenas para “ocupar o tempo” dos idosos.

O aumento do tempo livre, em decorrência da reforma, não significa que as

peças saibam usufruir dele com qualidade. Os serviços disponibilizados ao idoso devem incluir uma sensibilização para que os mesmos sejam acedidos, uma vez que muitos indivíduos não conhecem os benefícios da prática desportiva para a saúde física, ou do frequentar uma universidade sénior, para estimular a memória. Contudo, o lazer orientado é fundamental para a superação das dificuldades biopsicossociais inerentes à velhice, bem como para a manutenção do bem-estar e da qualidade de vida (Buriti, 2006).

Apesar dos aspectos positivos que podem ser extraídos desse estudo, o mesmo também apresenta limitações. O argumento de que as variáveis seleccionadas para a pesquisa não correspondem a todos preditores de saúde em idosos, é pertinente nessa situação. O suporte social já demonstrou ter uma associação à saúde, sendo a sua inclusão obrigatória nesse tipo de estudo. Contudo, outros factores sociais e demográficos, bem como os eventos de vida stressantes, também foram apontados como determinantes, em estudos anteriores sobre reforma e saúde.

Entretanto, fez-se uma opção por não focalizar sobre esses aspectos, mas sim, sobre o bem-estar espiritual, pois trata-se de uma área relevante a ser mais desenvolvida. A espiritualidade é uma dimensão inegável do sujeito, e, principalmente quando se trata de sofrimento ou doença, as crenças e a fé são as maiores aliadas na procura de força, de entendimento ou de conforto. Trata-se de um conceito mais amplo que religião, uma vez que a espiritualidade contém o aspecto da participação formal em um conjunto de crenças e rituais (religiosidade), mas também uma dimensão existencial, de procura pessoal de compreensão para o sentido da vida e de transcendência

O crescente número de estudos e publicações no campo da saúde e da espiritualidade (Moreira-Almeida, 2010), demonstram a relevância em aprofundar o tema em todos os domínios nos quais o foco esteja na saúde, na qualidade de vida, no bem-estar das pessoas. O estudo da religião e saúde já apresentou evidências empíricas sobre o efeito da espiritualidade na redução da morbidade e da mortalidade (Socci, 2006). Investigações também comprovaram que, em pessoas idosas, maiores níveis de espiritualidade estão relacionados a maiores índices de bem-estar global e satisfação com a vida, e menores de sintomas depressivos e suicídio (Pais-Ribeiro & Pombeiro, 2004).

As intervenções sobre a espiritualidade podem ser benéficas para o envelhecimento saudável, e mesmo para facilitar a adaptação a condições de maior debilidade física. Por essa razão, pesquisas estão sendo desenvolvidas para contribuir na definição de técnicas mais resolutivas favorecendo a espiritualidade e promovendo o bem-estar em geral nos idosos (Meraviglia et al., 2008).

As limitações sobre essa investigação recaem também sobre a escolha dos instrumentos utilizados, de modo particular sobre a avaliação da saúde subjectiva. Enquanto estudos anteriores realizados em Portugal (Fonseca & Paúl, 2004) utilizaram escalas como o “Questionário de Auto-Avaliação da Saúde e do Bem-Estar Físico” (constituído por 29 questões), fez-se uma opção por um instrumento simplificado, em função da amostra heterogénea da pesquisa.

Neste sentido, a medida da percepção de saúde obtida revelou-se muito restrita, uma vez que não informa sobre condições de enfermidades existentes, hábitos de vida, ou outros factores associados à saúde. O resultado encontrado na saúde subjectiva é um indicador único de “satisfação com a saúde”, numa escala de pontuação entre 2 e 10. Portanto, no estudo elaborado, não se comprovam relações mais sólidas entre a saúde e as demais variáveis a partir dessa escala.

Poder-se-ia, desta forma, obter uma relação mais ampla se a medida de percepção de saúde fosse utilizada em conjunto com outros indicadores. O confronto de dados objectivos de saúde com a percepção da mesma, em contextos clínicos, pode oferecer um referencial para o tratamento dos idosos, abordando precocemente problemas mentais (ansiedade e depressão) e sendo um preditor para a recuperação (Andrew & Dulin, 2007).

Apesar do enfoque escolhido para esta investigação, e tendo em consideração o referencial teórico adoptado, foi-nos possível realizar algumas inferências sobre o tema e tecer considerações a respeito de intervenções pertinentes da área.

Apontando para uma etapa *a posteriori*, existem lacunas a serem preenchidas por novos estudos, inclusive aprofundando a abordagem da espiritualidade no contexto da saúde e da reforma. Investigações que utilizem instrumentos mais completos de saúde percebida, e a recolha de dados objectivos, podem fornecer indicadores de saúde importantes para a prevenção do impacto da reforma sobre a saúde e sobre a qualidade de vida.

O suporte social parece já ter sido amplamente estudado, ao contrário do bem-estar espiritual, que ainda possui carências científicas e que limitam sua aceitabilidade, embora não seja uma descoberta nova ou actual. O pensamento grego, no qual se fundamenta muito da cultura ocidental, já apontava para o assunto, mas a incorporação desse conhecimento contextualizado à actualidade do meio científico é mais recente. Pode-se situar algumas datas relevantes, como o ano de 1983, quando a Organização Mundial da Saúde reconhece a dimensão espiritual como componente da saúde, e o ano de 1992, no qual a *American Psychological Association* incluiu a religião como aspecto significativo da vida humana (Socci, 2006).

Na área da espiritualidade, existem dois pontos que precisam ser melhor aprofundados para que seja possível incluir definitivamente a abordagem da dimensão espiritual no contexto da saúde:

- 1) Persiste uma certa carência de estudos no que se refere à eficácia de intervenções sobre a espiritualidade. Por mais que os estudos confirmem que há uma correlação, ainda é necessário definir quais intervenções podem realmente promover o bem-estar espiritual e apresentar um impacto positivo sobre a saúde.
- 2) Estudos indicam que os profissionais de saúde valorizam e reconhecem a importância da espiritualidade, mas que, na prática clínica, ainda observam dificuldades em abordar a dimensão espiritual dos pacientes (Holloway, 2007).

Provavelmente essas limitações estão associadas, pelo que os estudos que ressaltam a ideia de uma espiritualidade baseada em evidências têm uma relevância no meio científico (Saad et al., 2001). De facto, nesse momento é a orientação que algumas investigações têm seguido, e espera-se novas definições nos próximos tempos, no que se refere à intervenção.

Levando em consideração esta abordagem, é facto que em qualquer etapa do ciclo vital é preciso considerar o corpo físico, a saúde mental e emocional, as relações, o meio social, e também o bem-estar espiritual.

A espiritualidade inclui-se numa perspectiva holística da saúde, que reconhece o ser humano como uma totalidade multifacetada de corpo, mente e espírito. Dessa forma, o bem-estar espiritual deve ser considerado no atendimento às pessoas idosas, uma vez que favorece a busca de significado e propósito na vida, de esperança e de conforto existencial (Ben-Arye, Steinmetz, & Ezzo, 2007).

Voltando-se para a realidade prático – comunitária, os programas direccionados aos reformados deveriam contemplar mais actividades culturais, desportivas e de lazer diversificadas, de modo a satisfazer públicos com interesses diferentes, e para que essa etapa da vida seja experienciada como satisfatória e positiva, olhando para a pessoa na sua totalidade.

O reforço das relações sociais é também fundamental para evitar o isolamento do idoso, além de servir para o apaziguamento dos factores de stresse. Por sua vez, o bem-estar espiritual pode ser um catalisador nessas situações, além de contribuir para a significação da vida e uma compreensão mais aprofundada das experiências vivenciadas.

Esta investigação procurou oferecer uma modesta contribuição para o conhecimento dos processos relacionados à reforma, saúde, suporte social e bem-estar espiritual. Apesar das limitações e dificuldades encontradas, entende-se que toda a reflexão é positiva para o aprofundamento da temática, e que são necessárias novas e melhores pesquisas. Espera-se, portanto, que o avanço científico traga mais respostas, que permitam aos profissionais de saúde incorporar esse conhecimento na sua prática clínica e quotidiana.

Referências Bibliográficas

- Andrew, D.H., & Dulin, P.L. (2007). The relationship between self-reported health and mental health problems among older adults in New Zealand: experiential avoidance as a moderator. *Aging and Mental Health, 11* (5), 596-603.
- Ben-Arye, E., Steinmetz, D., & Ezzo, J. (2007). Two Women and Cancer: The Need for Addressing Spiritual Well-Being in Cancer Care. *Families, Systems, & Health, 25*(1), 1-9.
- Bermejo, J.C. (2010). *A relação de ajuda no encontro com os idosos*. Lisboa: Paulinas.
- Blazer, D.G. (1991). Spirituality and Aging Well. *Generations, 15* (1), 61-65.
- Bowling, A. (2007). Health status assessment. In: Ayers, S., Baum, A., McManus, C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J., & West, R. (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, (pp. 266-268). Cambridge: Cambridge University Press.
- Buriti, M.A. (2006). Lazer e Envelhecimento. In: Witter, G.P. (Org.). *Envelhecimento. Referenciais Teóricos e Pesquisas*, (pp. 103-117). Campinas: Alínea.
- Callegari-Jacques, S.M. (2003). *Bioestatística. Princípios e Aplicações*. Porto Alegre: Artmed.
- Cecero, J.J., Bedrosian, D.R., Fuentes, A., & Bornstein, R.F. (2006). Religiosity and Healthy Dependency as Predictors of Spiritual Well-Being. *The International Journal for the Psychology of Religion, 16*(3), 225-238.
- Costa, C.C., Bastiani, M., Geyer, J.G., Calvetti, P.U., Muller, M.C., & Moraes, M.L.A. (2008). Qualidade de vida e bem-estar espiritual em universitários de Psicologia. *Psicologia em Estudo, 13*(2), 249-255.
- Deps, V.L. (1994). *A transição à aposentadoria, na percepção de professores recém-aposentados na Universidade Federal do Espírito Santo*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas/ São Paulo, Brasil.
- Doll, J. (1999). Satisfação de vida de homens e mulheres idosos no Brasil e na Alemanha. *Cadernos Pagu, 13*, 109-159.
- Dunn, L.L., Handley, M.C., & Shelton, M.M. (2007). Spiritual well-being, anxiety, and

- depression in antepartal women on bedrest. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(11), 1235–1246.
- Edmondson, D., Park, C.L., Blank, T.O., Fenster, J.R., & Mills, M.A. (2008). Deconstructing spiritual well-being: existential well-being. *Psycho-Oncology*, 17(2), 161–169.
- Ferreira, P.L., & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (2), 15-30.
- Fleck, M.P.A., Borges, Z.N., Bolognesi, G., & Rocha, N.S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 446-455.
- Flippen, C.A., & Tienda, M. (2000). Pathways to retirement: patterns of late age labor force participation and labor market exit by race, hispanic origin and sex. *Journal of Gerontology*, 55 (B), S14-S28.
- Fonseca, A.M. (2006). “Transição-adaptação” à reforma em Portugal. *Psychologica*, 42, 45-70.
- Fonseca, A.M., & Paúl, C. (2004). Saúde percebida e “passagem à reforma”. *Psicologia, saúde e doenças*, 5 (1), 17-29.
- Gastaud, M.B., Souza, L.D.M., Braga, L., Horta, C.L., Oliveira, F.M., Sousa, P.L.R., & Silva, R.A. (2006). Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de Psicologia: estudo transversal. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1), 12-18.
- Gilbert, C.R., & Smith, C.M. (2009). Advanced lung disease: quality of life and role of palliative care. *The Mount Sinai Journal Of Medicine*, 76(1), 63-70.
- Gomez, R., & Fisher, J.W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35, 1975-1991.
- Gomez, R., & Fisher, J.W. (2005). Item response theory analysis of spiritual well-being questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 38, 1107-1121.
- Gouveia, M.J., Pais-Ribeiro, J.L., & Marques, M. (2008). Adaptação Portuguesa do Questionário de Bem Estar Espiritual: resultados psicométricos preliminares. In: Leal, I., Pais-Ribeiro, J.L, Silva, I., & Marques, S. (Eds.). *7º Congresso Nacional*

- de Psicologia da Saúde - Actas*, (pp. 423-426). Lisboa: ISPA Edições.
- Gouveia, M.J., Marques, M., & Ribeiro, J.L.P. (2009). Versão Portuguesa do Questionário de Bem-estar Espiritual (SWBQ). Análise confirmatória da sua estrutura factorial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (2), 285-293.
- Greenfield, E.A., & Marks, N.F. (2007). Religious Social Identity as an Explanatory Factor for Associations Between More Frequent Formal Religious Participation and Psychological Well-Being. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 17(3), 245–259.
- Guadalupe, S. (2008). *A saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.
- Guimarães, H.P., & Azevum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 88-94.
- Holloway, M. (2007). Spiritual Need and the Core Business of Social Work. *British Journal of Social Work* 37(2), 265–280.
- Johansson, Y., Ek, A.C., & Bachrach-Lindström, M. (2007). Self-perceived health among older women living in their own residence. *Journal of older people nursing*, 2 (2), 111-118.
- Keys, C.L.M., & Reitzes, D.C. (2007). The role of religious identity in the mental health of older working and retired adults. *Aging & Mental Health*, 11(4), 434–443.
- Kim, K.H., & Koenig, H.G. (2007). Religion and Health. In: Ayers, S., Baum, A., McManus, C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J., & West, R. (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, (pp. 182-187). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kim, J., & Moen, P. (2002). Retirement Transitions, Gender, and Psychological Well-being: A Life-Course Approach. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 57(B), 212-222.
- Lima, A.M., Silva, H.S., & Galhardoni, R. (2008). Sucessful aging: paths for a construct and new frontiers. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12 (27), 795-807.
- Löckenhoff, C.E., Terracciano, A., & Costa, Jr., P.T. (2009). Five-factor model personality traits and the retirement transition: longitudinal and cross-sectional associations. *Psychology and Aging*, 24 (3), 722-728.

- Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Marques, L.F.A. (2003). A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. *Psicologia: ciência e profissão*, 23 (2), 56-65.
- Martins, R.M.L. (2005). A relevância do apoio social na velhice. Educação, ciência e tecnologia, 128-134. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/millennium31/9.pdf>
- Meraviglia, M., Sutter, R., Gaskamp, S., Adams, S., & Titler, M.G. (2008). Evidence-Based Guideline: Providing Spiritual Care to Terminally Ill Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(7), 8-14.
- Minardi, H.A., & Blanchard, M. (2004). Older people with depression: pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 46(1), 23-32.
- Moberg, D.O. (2005). Research in spirituality, religion and aging. *Journal of Gerontological Social Work*, 45(1-2), 11-40.
- Moberg, D.O., & Brusek, P.M. (1978). Spiritual well-being: A neglected subject in quality of life research. *Social Indicators Research*, 5(3), 303–323.
- Monteiro, A.P.T.A.V. (2009). Percepção de apoio social e saúde mental em contextos migratórios: imigrantes russófonos a residir em Portugal. *Revista Referência*, 10 (II), 35-46.
- Moreira-Almeida, A. (2010). O crescente impacto das publicações em espiritualidade e saúde e o papel da Revista de Psiquiatria Clínica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(2), 41-42.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Prapa, E., Smyrnioti, M., Pagoropoulou, A., & Lambros, V. (2008). Predictors of spirituality at the end of life. *Canadian Family Physician - Médecin De Famille Canadien*, 54(12), 1720-1721.
- Pais-Ribeiro, J.L., & Pombeiro, T. (2004). Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. In: Pais-Ribeiro, J.L., & Leal, I. (Eds.). *5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas*, (pp. 757-769). Lisboa: ISPA Edições.
- Parker, J. (2007). Spirituality and well-being. Spiritual Care for Older People Project, Diocese of Oxford. *Working with Older People*, 11(3), 13-16.
- Payne, B.P. (1990). Research and theoretical approaches to spirituality and aging. *Generations*, 14(4), 11-15.

- Phillips, K.D., Mock, K.S., Bopp, C.M., Dudgeon, W.A., & Hand, G.A. (2006). Spiritual well-being, sleep disturbance, and mental and physical health status in HIV-infected individuals. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(2), 125–139.
- 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, 315-333.
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J.L. (2007). Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arq Med*, 21(2), 47-53.
- Pipe, T.B., Kelly, A., LeBrun, G., Schmidt, D., Atherton, P., & Robinson, C.A. (2008). Prospective Descriptive Study Exploring Hope, Spiritual Well-Being, and Quality of Life in Hospitalized Patients. *Nursing*, 17(4), 247-257.
- Portal do Envelhecimento (2009). Portugueses reformam-se aos 63 anos. Acedido a Fevereiro 17, 2010, in <http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/z775.htm>.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-558.
- Rodrigues, M.V.C. (1998). *Qualidade de vida no trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Saad, M., Masiero, D., & Battistella, L.R. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, 8 (3), 107-112.
- Santos, C.S.V.B., Ribeiro, J.L.P., & Lopes, C. (2003). Estudo de Adaptação de Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a Pessoas com Diagnóstico de Doença Oncológica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4 (2), 185-204.
- Sarason, I.G., & Sarason, B.R (2009). Social support: mapping the construct. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26 (1), 113-120.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R, Shearin, E.N., & Pierce, G.R. (1987). A brief measure of social support: practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.
- Seco, G.M.S.B., Casimiro, M.C.S.M., Pereira, M.I.A.R., Dias, M.I.P.S., & Custódio, S.M.R. (2005). *Para uma abordagem psicológica da transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões*. Cadernos do Ensino Superior. Instituto Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal.
- Seco, G.M.S.B., Pereira, M.I.A.R., Dias, M.I.P.S., Casimiro, M.C.S.M., & Custódio, S.M.R. (2006). Estudo da validade do Questionário de Suporte Social – versão

- reduzida (SSQ6): resposta obtida com base numa amostra de alunos do ensino superior politécnico. In: *Actas do VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Évora: Universidade de Évora.
- Siegler, I.C., Bosworth, H.B., & Ellias, M.F. (2003). Adult Development and Aging. In: Nezu, A.M., Nezu, C.M., Geller, P.A., & Weiner, I.B. (Eds.). *Handbook of Psychology. Volume 9. Health Psychology*, (pp. 487-510). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Socci, V. (2006). Religiosidade e o Adulto Idoso. In: Witter, G.P. (Org.). *Envelhecimento. Referenciais Teóricos e Pesquisas*, (pp. 87-101). Campinas: Alínea.
- Socci, V., & Firmino, F.F. Cristianismo e Budismo. Pesquisa com idosos japoneses. In: Witter, G.P. (Org.). *Envelhecimento. Referenciais Teóricos e Pesquisas*, (pp. 285-300). Campinas: Alínea.
- Tavares, S.S. (2004). *Sintomas depressivos entre idosos: relações com classe, mobilidade e suporte social percebidos e experiência de eventos estressantes*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP.
- Tomberg, T., Toomela, A., Pulver, A., & Tikk, A. (2005). Coping strategies, social support, life orientation and health-related quality of life following traumatic brain injury. *Brain injury*, 19 (14), 1181-1190.
- Vitta, A. (2001). *Bem-estar físico e saúde percebida: um estudo comparativo entre homens e mulheres adultos e idoso, sedentários e ativos*. Tese de doutoramento, Universidade Estadual de Campinas, Campinas/ São Paulo, Brasil.
- Vivat, B. (2008). Measures of spiritual issues for palliative care patients: a literature review. *Palliative Medicine*, 22(7), 859-868.
- Volcan, S.M.A., Sousa, P.L.R., Mari, J.J., & Horta, B.L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 440-445.
- Wills, T.A., & Ainette, M.G. (2007). Social Support and Health. In: Ayers, S., Baum, A., McManus, C., Newman, S., Wallston, K., Weinman, J., & West, R. (Eds.). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, (pp. 202-207). Cambridge: Cambridge University Press.
- Wink, P., & Dillon, M. (2008). Religiousness, Spirituality, and Psychosocial Functioning

in Late Adulthood: Findings From a Longitudinal Study. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5: (1), 102–115.

Wang, M. (2007). Profiling Retirees in the Retirement Transition and Adjustment Process: Examining the Longitudinal Change Patterns of Retirees' Psychological Well-Being. *Journal of Applied Psychology*, 92 (2), 455-474.

Young, G., & Dowling, W. (1987). Dimensions of Religiosity in Old Age: Accounting for Variation in Types of Participation. *Journal of Gerontology*, 42(4), 376-380.

ANEXOS

Anexos

Anexo 1 – Carta de Apresentação e Consentimento Institucional

Anexo 2 – Termo de Consentimento Informado aos Participantes

Anexo 3 – Questionário utilizado na investigação

ANEXO 1

_____, ____/____/____.
(local) (data)

A _____ (nome da instituição)

A/C _____ (nome da pessoa responsável)

No âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade do Algarve, estou a realizar uma investigação sobre saúde, suporte social e bem-estar espiritual em pessoas que já transitaram, ou estão em vias de entrar, para a reforma.

A pesquisa decorre no ano lectivo 2009/2010, e para a etapa inicial de recolha de dados necessito realizar entrevistas a pessoas que estejam próximas de se reformar ou já reformadas, e que residam em seus lares. É neste sentido que solicito a vossa colaboração, permitindo o acesso aos utentes do vosso serviço, de forma que eu possa proceder a uma entrevista para obtenção das informações necessárias à realização do estudo.

No caso de acederem à minha solicitação, informo ainda que os utentes serão convidados a colaborar na investigação de forma voluntária, e que terão direito a confidencialidade, de modo que os dados serão tratados respeitando a privacidade de cada um dos participantes.

Os resultados do trabalho realizado ao longo do ano serão posteriormente apresentados, caso haja interesse, às instituições que colaboraram com a investigação. Dessa forma, espera-se que as conclusões do estudo também possam favorecer de algum modo a população envolvida, auxiliando na melhor compreensão do evento de transição para a reforma.

Fico desde já muito grata pela disponibilidade e interesse.

Marilena Bestetti Gonçalves Verbisck

Lic.Psicologia – Tlm.:

E-mail:

ANEXO 2**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO**

No âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade do Algarve, estou a realizar uma investigação sobre saúde, suporte social e bem-estar espiritual em pessoas que já transitaram, ou estão em vias de entrar, para a reforma.

É neste sentido que solicito a vossa colaboração, em responder, de forma *anónima e voluntária*, a um questionário que conhecerá em seguida. Tratando-se de questões pessoais, não há respostas certas ou erradas, apenas representam o seu ponto de vista sobre o assunto em análise. As suas respostas, bem como a apresentação dos resultados, serão tratados com confidencialidade.

O preenchimento do questionário pode ser realizado pelo participante sozinho ou com o auxílio da investigadora, tendo uma duração média de 15-30 minutos, e realizado num único momento. Prestarei qualquer informação adicional ou esclarecimentos que julgar necessários, em qualquer momento do estudo.

A investigação não possui qualquer relação com a instituição a que está associado. A opção pela participação não acarreta qualquer alteração à sua relação com a instituição, bem como a sua recusa em participar não acarreta qualquer alteração de status ou outras consequências.

Caso aceite participar do estudo, receberá uma cópia deste termo de consentimento livre e informado. Fico desde já muito grata pela sua disponibilidade e interesse.

Marilena Gonçalves

Lic. Psicologia – Tlm:

Email:

Declaro que o meu consentimento é livre e informado, isento de subordinação ou intimidação.

_____, ____ de _____ de 2010.

(localidade)

(dia)

(mês)

NOME: _____

ASSINATURA: _____

ANEXO 3

I - FICHA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E SOBRE A REFORMA

1. **Idade:** _____ anos
2. **Sexo:** Feminino Masculino
3. **Estado conjugal:** casado(a) solteiro(a) viúvo(a)
 divorciado(a)/separado(a) união de facto
 outro – qual? _____
4. **Filhos:** não sim – quantos? _____
5. **Escolaridade:** não alfabetizado(a) sabe ler e escrever ensino básico (9 anos)
 ensino secundário (12 anos) ensino superior (licenciatura, mestrado, doutoramento)
6. **Local de nascimento:** Algarve Outra região de Portugal – Qual? _____
 Outro país – Qual? _____
7. **Meio de residência actual:** cidade/ meio urbano campo/ meio rural
8. **Religião:** católica judaica evangélica
 africana oriental outra – qual? _____
 tenho uma crença pessoal, mas não me identifico com nenhuma religião
 não tenho crenças nem religião
9. **Actividade profissional principal (exercida pelo maior período):** _____
10. **Última actividade profissional exercida:** _____
11. **Idade da reforma:** _____ anos
12. **Em que ano ocorreu (ou ocorrerá)?** _____
13. **Antes de se reformar, quais suas expectativas com relação à reforma:**
(Se ainda está a trabalhar, pensar nas suas expectativas actuais sobre a reforma.)
- muito positivas positivas, mas com reservas mais negativas que positivas
 muito negativas não tinha expectativas

Se já está reformado, responder às perguntas 14-23.

Se ainda está a trabalhar, passar para o Grupo II.

14. Realiza actividade remunerada em part-time ou full-time? sim não

15. Realiza actividade voluntária em part-time ou full-time? sim não

16. Houve alteração em relação ao rendimento pessoal/familiar após a reforma?

não, manteve as mesmas condições

sim, percebi uma diminuição financeira sim, percebi um aumento financeiro

17. Frequenta cursos de actualização, escola, ou universidade sénior? sim não

Se sim, quantas vezes por semana? 1 2 3 4 5 6 7

18. Possui o hábito regular de desenvolver actividades físicas ou desportivas? sim não

Se sim, quantas vezes por semana? 1 2 3 4 5 6 7

19. Participa de grupo(s) de convívio em sua comunidade? sim não

Se sim, quantas vezes por semana? 1 2 3 4 5 6 7

20. Realiza alguma actividade religiosa? sim não

Se sim, quantas vezes por semana? 1 2 3 4 5 6 7

21. Realiza outras actividades? sim não

Se sim, quais (por favor, escreva as actividades nas linhas abaixo) e quantas vezes por semana?

_____	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
_____	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
_____	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7
_____	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7

22. De modo geral, como avalia a sua situação como reformado?

excelente boa nem boa nem má má péssima

23. Qual você diria ser o seu grau de satisfação geral com a reforma?

Muito
satisfeito

Satisfeito

Pouco
satisfeito

Algo
insatisfeito

Insatisfeito

Muito
insatisfeito

II – AVALIAÇÃO DA SAÚDE

As duas questões que se seguem referem-se a sua saúde neste momento. Após realizar uma reflexão pessoal, por favor assinale a alternativa que melhor reflecte a percepção que você tem de sua saúde na actualidade.

1. Como classifica a sua saúde geral neste momento?

Excelente

Boa

Razoável

Má

Péssima

2. Se se comparar a outras pessoas da sua idade, como classifica a sua saúde?

Excelente

Boa

Razoável

Má

Péssima

III – SSQ6p – QUESTIONÁRIO DE SUPORTE SOCIAL (Pinheiro & Ferreira, 2000)

As questões que se seguem são acerca das pessoas que no seu meio lhe disponibilizaram ajuda ou apoio. Cada questão tem duas partes. Na primeira parte, assinale, preenchendo os círculos correspondentes, todas as pessoas que conhece, com quem pode contar para o ajudar ou apoiar nas situações que lhe são apresentadas. Caso queira indicar alguém que não se encontre mencionado, pode fazê-lo na opção “outra pessoa” (veja exemplo, por favor).

Na segunda parte, indique, preenchendo o círculo respectivo, o número (de 1 a 6) que melhor traduza o seu grau de satisfação em relação à globalidade do apoio ou ajuda que tem (veja o exemplo, por favor).

Se em relação a uma determinada questão não tem elementos de ajuda ou apoio para referir, preencha o círculo relativo à categoria “Ninguém”, mas seleccione sempre o seu nível de satisfação.

Exemplo:

-Com quem é que se pode realmente contar para o fazer sentir-se melhor quando está desiludido com alguma coisa?

- | | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Ninguém | <input type="radio"/> Mãe e/ou Pai | <input type="radio"/> Filho(a) | <input type="radio"/> Irmã/Irmão |
| <input type="radio"/> Companheiro(a)/ Cónjuge | <input type="radio"/> Genro e/ou Nora | <input checked="" type="radio"/> Vizinho(s) | <input type="radio"/> Colega de trabalho |
| <input checked="" type="radio"/> Amigo | | <input checked="" type="radio"/> Outra pessoa – Especifique: | Ajudante familiar |

-Qual é o seu grau de satisfação?

- | | | | | | |
|--|------------------------------------|---|--|---|--|
| <input type="radio"/> Muito insatisfeito | <input type="radio"/> Insatisfeito | <input type="radio"/> Algo insatisfeito | <input type="radio"/> Pouco satisfeito | <input checked="" type="radio"/> Satisfeito | <input type="radio"/> Muito satisfeito |
|--|------------------------------------|---|--|---|--|

1. Com quem é que se pode realmente contar quando precisa de ajuda?

- | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> Ninguém | <input type="radio"/> Mãe e/ou Pai | <input type="radio"/> Filho(a) | <input type="radio"/> Irmã/Irmão |
| <input type="radio"/> Companheiro(a)/ Cónjuge | <input type="radio"/> Genro e/ou Nora | <input type="radio"/> Vizinho(s) | <input type="radio"/> Colega de trabalho |
| <input type="radio"/> Amigo | | <input type="radio"/> Outra pessoa – Especifique: _____ | |

-Qual é o seu grau de satisfação?

- | | | | | | |
|--|------------------------------------|---|--|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Muito insatisfeito | <input type="radio"/> Insatisfeito | <input type="radio"/> Algo insatisfeito | <input type="radio"/> Pouco satisfeito | <input type="radio"/> Satisfeito | <input type="radio"/> Muito satisfeito |
|--|------------------------------------|---|--|----------------------------------|--|

2. Com quem é que se pode realmente contar para o/a ajudar a sentir-se mais relaxado/a quando está tenso/a ou sob pressão?

- | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> Ninguém | <input type="radio"/> Mãe e/ou Pai | <input type="radio"/> Filho(a) | <input type="radio"/> Irmã/Irmão |
| <input type="radio"/> Companheiro(a)/ Cónjuge | <input type="radio"/> Genro e/ou Nora | <input type="radio"/> Vizinho(s) | <input type="radio"/> Colega de trabalho |
| <input type="radio"/> Amigo | | <input type="radio"/> Outra pessoa – Especifique: _____ | |

-Qual é o seu grau de satisfação?

- | | | | | | |
|--|------------------------------------|---|--|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Muito insatisfeito | <input type="radio"/> Insatisfeito | <input type="radio"/> Algo insatisfeito | <input type="radio"/> Pouco satisfeito | <input type="radio"/> Satisfeito | <input type="radio"/> Muito satisfeito |
|--|------------------------------------|---|--|----------------------------------|--|

3. Quem é que o/a aceita totalmente, incluindo os seus maiores defeitos e virtudes?

- | | | | |
|---|---------------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> Ninguém | <input type="radio"/> Mãe e/ou Pai | <input type="radio"/> Filho(a) | <input type="radio"/> Irmã/Irmão |
| <input type="radio"/> Companheiro(a)/ Cónjuge | <input type="radio"/> Genro e/ou Nora | <input type="radio"/> Vizinho(s) | <input type="radio"/> Colega de trabalho |
| <input type="radio"/> Amigo | | <input type="radio"/> Outra pessoa – Especifique: _____ | |

-Qual é o seu grau de satisfação?

- | | | | | | |
|--|------------------------------------|---|--|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Muito insatisfeito | <input type="radio"/> Insatisfeito | <input type="radio"/> Algo insatisfeito | <input type="radio"/> Pouco satisfeito | <input type="radio"/> Satisfeito | <input type="radio"/> Muito satisfeito |
|--|------------------------------------|---|--|----------------------------------|--|

4. Com quem é que pode realmente contar para se preocupar consigo, independentemente do que lhe possa acontecer a si?

- Ninguém Mãe e/ou Pai Filho(a) Irmã/Irmão
- Companheiro(a)/ Cônjuge Genro e/ou Nora Vizinho(s) Colega de trabalho
- Amigo Outra pessoa – Especifique: _____

-Qual é o seu grau de satisfação?

- Muito insatisfeito Insatisfeito Algo insatisfeito Pouco satisfeito Satisfeito Muito satisfeito

5. Com quem é que pode realmente contar para o/a ajudar a sentir-se melhor quando se sente mesmo em baixo?

- Ninguém Mãe e/ou Pai Filho(a) Irmã/Irmão
- Companheiro(a)/ Cônjuge Genro e/ou Nora Vizinho(s) Colega de trabalho
- Amigo Outra pessoa – Especifique: _____

-Qual é o seu grau de satisfação?

- Muito insatisfeito Insatisfeito Algo insatisfeito Pouco satisfeito Satisfeito Muito satisfeito

6. Com quem é que pode realmente contar para o/a consolar quando está muito preocupado/a?

- Ninguém Mãe e/ou Pai Filho(a) Irmã/Irmão
- Companheiro(a)/ Cônjuge Genro e/ou Nora Vizinho(s) Colega de trabalho
- Amigo Outra pessoa – Especifique: _____

-Qual é o seu grau de satisfação?

- Muito insatisfeito Insatisfeito Algo insatisfeito Pouco satisfeito Satisfeito Muito satisfeito

IV – SWBQp – QUESTIONÁRIO DE BEM-ESTAR ESPIRITUAL (Gouveia, Ribeiro, & Marques, 2008)

A **espiritualidade** pode descrever-se como algo que reside no íntimo do ser humano.

A **saúde espiritual** pode ser vista como um indicador do quão bem nos sentimos connosco próprios e com os aspectos que valorizamos no mundo que nos rodeia.

Para cada uma das afirmações seguintes, assinale com uma cruz o número que melhor indique em que medida sente que cada afirmação **reflecte a sua experiência pessoal nos últimos 6 meses**.

Responda utilizando a seguinte escala: 1= muito pouco 2=pouco 3=moderadamente 4=muito 5=muitíssimo

Se lhe parecer mais adequado, pode substituir a palavra “Deus” por “Força Cósmica”, “Universo” ou outra expressão idêntica, cujo significado seja mais relevante para si.

Não perca muito tempo em cada afirmação. A **primeira resposta** é provavelmente a mais adequada para si.

Em que medida você se sente a desenvolver:

	Muito pouco	Pouco	Moderada	Muito	Muitíssimo
1. afecto pelas outras pessoas	1	2	3	4	5
2. uma relação pessoal com o Divino ou Deus	1	2	3	4	5
3. generosidade em relação aos outros	1	2	3	4	5
4. uma ligação com a natureza	1	2	3	4	5
5. um sentimento de identidade pessoal	1	2	3	4	5
6. admiração e respeito pela Criação ou origem do Cosmos	1	2	3	4	5
7. espanto e admiração perante uma paisagem deslumbrante	1	2	3	4	5
8. a confiança entre as pessoas	1	2	3	4	5
9. auto-conhecimento	1	2	3	4	5
10. um sentimento de união com a natureza	1	2	3	4	5
11. o sentimento de união com Deus ou o Universo	1	2	3	4	5
12. uma relação de harmonia com o ambiente	1	2	3	4	5
13. um sentimento de paz com Deus	1	2	3	4	5
14. alegria na vida	1	2	3	4	5
15. uma vida de meditação e/ou oração	1	2	3	4	5
16. paz interior	1	2	3	4	5
17. respeito pelas outras pessoas	1	2	3	4	5
18. um sentido para a vida	1	2	3	4	5
19. bondade para com os outros	1	2	3	4	5
20. uma sensação de deslumbramento pela natureza	1	2	3	4	5

AGRADEÇO IMENSO PELO TEMPO DEDICADO E PELA VOSSA IMPORTANTE COLABORAÇÃO EM

RESPONDER A ESTE ESTUDO.

DATA: ____/____/____