

CATARINA MARTINHO GUEDES

QUALIDADE DE VIDA, ESPIRITUALIDADE E AUTOCRITICISMO EM PESSOAS IDOSAS SOB RESPOSTA SOCIAL DO CONCELHO DE CANTANHEDE – ESTUDO EXPLORATÓRIO



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Área de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

COIMBRA, 2022

Instituto Superior Miguel Torga

Escola Superior de Altos Estudos

**QUALIDADE DE VIDA, ESPIRITUALIDADE E
AUTOCRITICISMO EM PESSOAS IDOSAS SOB
RESPOSTA SOCIAL DO CONCELHO DE
CANTANHEDE– ESTUDO EXPLORATÓRIO**

CATARINA MARTINHO GUEDES

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia

Clínica

Área de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Laura Lemos, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, novembro de 2022

Agradecimentos

Concluído este trabalho de investigação e sentindo que o mesmo resulta não só do meu esforço pessoal e dedicação, mas também da colaboração de diversas pessoas e instituições. Assim, gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos a todos os que ajudaram e contribuíram para a elaboração do mesmo:

À Professora Doutora Laura Lemos, a quem expresso o meu mais profundo agradecimento, por me ter ajudado a construir este trabalho passo a passo, com todo o seu acompanhamento, dedicação, paciência, compreensão e disponibilidade demonstrada na orientação desta tese. Quero também agradecer pelo seu profissionalismo e pelos conhecimentos transmitidos não só durante este ano letivo, como também ao longo do meu percurso académico no ISMT, no qual tive a oportunidade de ter enquanto professora em algumas unidades curriculares, supervisora do meu estágio curricular em Psicologia Clínica e agora enquanto orientadora desta Dissertação de Mestrado. Obrigada por todos os ensinamentos!

Ao Instituto Superior Miguel Torga, à Escola Superior de Altos Estudos e Docentes, que contribuíram para a minha formação em Psicologia Clínica e para a aquisição de conhecimentos técnicos e científicos.

Ao Dr. Diogo Andrade e à Dra. Maria Oliveira, agradeço o vosso contributo, a prontidão que sempre demonstraram para ajudar e o tempo disponibilizado.

Às Instituições e às respetivas Direções Técnicas que permitiram a realização desta investigação. Assim como, a todos os funcionários, desde auxiliares, enfermeiros e diretores técnicos que trabalham nas instituições, pela amabilidade com que me receberam e pela prontidão que demonstraram para ajudar.

Aos utentes de Centro de Dia e ERPI que aceitaram voluntariamente participar neste estudo e contribuíram para que fosse possível a realização desta dissertação. Agradeço a cada um pela disponibilidade, simpatia e partilha das suas experiências de vida.

Aos meus amigos, por me terem acompanhado neste percurso, pelos momentos de partilha e pelo apoio.

Ao Pedro Ferreira, pelo carinho, apoio, incentivo e paciência demonstrada ao longo do percurso académico.

Aos meus pais, que durante todo o percurso académico me apoiaram incondicionalmente em todos os momentos, por acreditarem em mim e me terem incentivado a continuar e nunca desistir daquilo em que acredito. Obrigada por me ajudarem a ser quem sou e por tornarem possível a realização dos meus projetos.

A todos aqueles que fizeram parte deste percurso e que de alguma forma o tornaram mais especial e contribuíram para conseguir chegar a este momento.

A todos, o meu sincero muito obrigada!

Resumo

Esta investigação teve como principal objetivo perceber a relação entre a qualidade de vida, bem-estar espiritual e autocrítico em pessoas idosas que frequentam os Centros de Dia (CD) e as Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas (ERPI) no concelho de Cantanhede.

O estudo envolveu seis instituições do concelho de Cantanhede e teve a participação de 138 pessoas idosas (84 em CD e 54 em ERPI). O sexo mais prevalente foi o feminino, quer na resposta social de CD (70,2%), quer em ERPI (77,8%), com idades compreendidas entre os 76 e os 85 anos em ambas as respostas sociais [CD ($M = 81,36$); ERPI ($M = 82,69$)].

O protocolo de investigação incluiu os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico; *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA); *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-Bref); *Questionário de Bem-estar Espiritual* (QBEE) e *Escala das Formas do Autocrítico e Autotranquilização* (FSCRS).

Os principais resultados do estudo mostram-nos que os participantes com escolaridade, os que ingressaram na instituição por iniciativa própria e os que consideram o seu estado de saúde “moderado e bom” apresentam maiores níveis de qualidade de vida e de bem-estar espiritual. Os sujeitos com maiores níveis de autocrítico são os que se encontram em ERPI e os que frequentam a resposta social por falta de apoio familiar, perda do cônjuge ou de autonomia.

Os dados obtidos demonstram que a qualidade de vida se relaciona positivamente com o bem-estar espiritual, com a subescala *Eu Tranquilizador* da FSCRS, com uma melhor percepção do estado de saúde e negativamente com o autocrítico (*Eu Detestado*). O bem-estar espiritual relaciona-se positivamente com a subescala *Eu Tranquilizador* e negativamente com a subescala *Eu Detestado* da FSCRS. A subescala *Eu Tranquilizador* associa-se positivamente com a percepção do estado de saúde.

Conclui-se que existem associações entre a qualidade de vida, o bem-estar espiritual, o autocrítico/autotranquilização e a percepção do estado de saúde. Os participantes com maiores níveis de bem-estar espiritual lidam melhor com os desafios, apresentando uma maior capacidade de autotranquilização e uma melhor percepção de saúde.

Palavras-chave: Envelhecimento; Institucionalização; Qualidade de vida; Espiritualidade; Autocrítico.

Abstract

The main objective of this investigation was to understand the relationship between quality of life, spiritual well-being and self-criticism in elderly people who attend Day Centers (DC) and Residential Structures for Elderly People (ERPI) in the municipality of Cantanhede.

The study involved six institutions in the municipality of Cantanhede and had the participation of 138 elderly people (84 in DC and 54 in ERPI). The most prevalent sex was female, either in the social response of DC (70,2%), or in ERPI (77,8%), with aged between 76 and 85 years in both social responses [DC (M = 81,36); ERPI (M = 82,69)]. The investigation protocol included the following instruments: Sociodemographic Questionnaire; *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA); *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-Bref); *Spiritual Well-Being Questionnaire* (QBEE) and *Forms of Self-Criticism and Self-Reassurance Scale* (FSCRS).

The main results of the study show that participants with education, those who joined the institution on their own initiative and those who consider their health status “moderate and good” have higher levels of quality of life and spiritual well-being. The subjects with the highest levels of self-criticism are those who are in ERPI and those who attend the social response due to lack of family support, loss of spouse or autonomy.

The data obtained explain that the quality of life is positively related to spiritual well-being, with the subscale *Reassure Self*, with a better perception of health status and negatively with self-criticism (*Hated Self*). Spiritual well-being is positively related to the *Reassuring Self* subscale and negatively related to the *Hated Self* subscale. The *Reassuring Self* subscale is positively associated with perceived health status.

It is concluded that there are associations between quality of life, spiritual well-being, self-criticism/self-reassurance and the perception of health. Participants with higher levels of spiritual well-being deal better with challenges, showing a greater ability to calm themselves, and a better perception of health.

Keywords: Aging; Institutionalization; Quality of life; Spirituality; Self-criticism.

Introdução

O **envelhecimento** retrata a realidade das sociedades ocidentais, sendo o envelhecimento populacional considerado como um dos desafios relevantes do século XXI. Atualmente vivenciamos um crescimento acentuado do envelhecimento populacional devido à baixa taxa de natalidade, ao aumento da esperança média de vida e da diminuição da taxa de mortalidade (Cabral & Ferreira, 2014; Neves et. al., 2018). Segundo os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (2021), o número de pessoas com 65 ou mais anos representa o segundo grupo etário maior com 22,4% do total da população residente em Portugal.

O processo de envelhecimento acontece de forma natural, gradual e universal, que ocorre progressivamente em todos os indivíduos no decorrer do ciclo de vida, além disso, é acompanhado por modificações biológicas, psicológicas e sociais (Borges et al., 2017). De acordo com Carvalho e Faria (2014) demonstram que podem ser diferenciados três tipos de idade, ou seja, biológica, psicológica e social. A idade biológica está relacionada com o envelhecimento orgânico, uma vez que os órgãos vão sofrendo alterações ao longo da vida. A idade psicológica relaciona-se com as capacidades psicológicas que os indivíduos utilizam para se adaptarem às mudanças do ambiente, motivação, memória e inteligência. Por fim, a idade social, refere-se aos hábitos, estatutos e papéis sociais que desempenham na sociedade, tendo em conta a cultura a que pertencem.

O processo de envelhecimento aumenta a probabilidade de algumas dificuldades, destacando-se a deterioração progressiva das capacidades funcionais e o declínio cognitivo, que podem conduzir à **institucionalização**, sobretudo quando as famílias não conseguem desempenhar o papel de cuidadoras e/ou quando a pessoa idosa se torna dependente. Deste modo, a institucionalização torna-se num processo complexo e um pouco apreensivo, tanto para a família como para a pessoa idosa, visto que implica o corte com os laços construídos e o confronto com uma nova etapa de vida, exigindo à pessoa idosa um constante ajustamento, que poderá interferir com a sua perceção de qualidade de vida (Soares & Amorim, 2015). Na impossibilidade de o suporte familiar responder às necessidades, por falta de disponibilidade quer familiar, financeira e/ou psicológica, surge a necessidade de recorrer a **respostas sociais** dirigidas a esta população (Lima et al., 2010).

As instituições sociais prestam apoio a pessoas e/ou famílias, proporcionam proteção aos grupos mais vulneráveis, em particular às pessoas idosas, de forma a colmatar situações

de dependência e/ou de carência económica ou social, desenvolvidas em equipamentos sociais, ou a partir destes (Direção Geral da Segurança Social, 2020), disponibilizados por organizações públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos (Neto & Corte-Real, 2013). É relevante salientar algumas das respostas sociais, designadamente: os Centro de Dia (CD), que assegura um conjunto de serviços e cuidados dirigidos às pessoas idosas da comunidade, contribuindo para a manutenção no seu seio social e familiar e as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), que se caracterizam por equipamentos coletivos de alojamento (permanente ou temporário) destinados a fornecer respostas a pessoas idosas, adequadas à sua problemática (Carta Social, 2018), sendo que a maioria se encontra em risco, com alguma vulnerabilidade associada à perda de independência e/ou autonomia (Daniel, 2009). Deste modo, é importante desenvolver atividades nas instituições, nomeadamente contribuir para a estimulação, de forma a promover um envelhecimento ativo (Direção Geral da Segurança Social, 2020).

De acordo com Lima et al. (2010), as instituições têm o dever de colmatar as necessidades básicas das pessoas idosas, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida, mas nem sempre são disponibilizadas atividades aos utentes, quer por falta de mão de obra especializada, problemas financeiros, ou até mesmo pela restrição de espaço físico. Freitas e Scheicher (2010) defendem que a qualidade de vida em pessoas idosas institucionalizadas tem tendência a piorar, principalmente em instituições que não proporcionam atividades ocupacionais, conduzindo a uma vida monótona e a perda de capacidades funcionais. Em contrapartida, Gaspar et al. (2006), defendem que as pessoas idosas que frequentam o Centro de Dia mantêm alguma autonomia e independência, permitindo usufruir de maiores oportunidades de estimulação ao nível relacional, físico e psicológico. Deste modo, a institucionalização poderá ser um apoio social importante para as pessoas com idade avançada, uma vez que também pode contribuir para melhorar a sua qualidade de vida ao ingressar numa instituição, pelo facto de terem uma alimentação mais equilibrada, possibilidade de combater o isolamento, acesso aos cuidados de saúde, apoio psicológico e emocional, assistência física, proteção, segurança e conforto.

Segundo Sousa et al. (2003), a maioria das pessoas experimenta um envelhecimento bem-sucedido e uma forma de contribuir para o seu bem-estar é pensar em formas de manutenção da capacidade e independência, através de ocupações e atividades de modo a que as pessoas se sintam valorizadas e integradas. Desta forma, para fomentar a qualidade de vida e o bem-estar é necessária a preservação das capacidades físicas e mentais que podem

ser estimuladas através das relações interpessoais (convívio com os familiares, amigos, utentes e funcionários da instituição), participação na comunidade e atividades lúdicas e recreativas (Carvalho & Dias, 2011). As relações sociais têm um papel fundamental em pessoas institucionalizadas, sendo que podem contribuir para minimizar o impacto das perdas que ocorrem com frequência nesta etapa de vida, ajudando a combater sentimentos de solidão e desamparo (Leite & Rodrigues, 2017). O estudo de Rayol et al. (2020) evidencia que as pessoas institucionalizadas podem estar mais disponíveis para estabelecer laços de amizade, uma vez que é possível desenvolver a convivência diária com pessoas de idades próximas. Acrescentam ainda que as pessoas de idade avançada consideram as amizades como sendo benéficas para a sua qualidade de vida, uma vez que proporcionam amparo, proteção, partilha de experiências, memórias e interesses.

O termo de **qualidade de vida** é considerado um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo, visto que, o envelhecimento bem-sucedido para a maioria das pessoas idosas, está associado ao bem-estar, autoestima, felicidade, realização pessoal (Freitas & Scheicher, 2010; Vecchia et al., 2005), independência e autonomia (Lima et al., 2010).

Os modelos de qualidade de vida vão desde a satisfação com a vida, a modelos baseados em conceitos de independência, controlo, competências sociais e cognitivas (Cimirro et al., 2011). A qualidade de vida da pessoa idosa pode ser influenciada, por eventos de natureza fisiológica, patológica, psicológica, social, cultural, ambiental, económica (Celich et al., 2010) e pela perceção que a pessoa tem de si própria e da sua vida (Carneiro et al., 2012). Para ter uma boa qualidade de vida é necessário proporcionar um conjunto de condições, para que os indivíduos possam desenvolver as suas potencialidades (Santos et al., 2002), promovendo a manutenção da sua autonomia e participação ativa na sociedade (Castro & Amorim, 2016). O estudo realizado por Andrade e Martins (2011), concluiu que no que concerne às características sociodemográficas, o fator idade influencia a perceção da qualidade de vida, sendo que quanto maior for a idade do indivíduo, pior é a perceção de qualidade de vida, por existir uma maior probabilidade de surgirem mais problemas de saúde o que vai influenciar negativamente a qualidade de vida. Relativamente à influência do sexo na perceção da qualidade de vida, os mesmos autores verificaram que as mulheres apresentam uma perceção mais negativa ao nível da qualidade de vida relacionada com a saúde. Além disso, estes autores concluíram que existem diferenças no estado civil relativamente à perceção da qualidade de vida, indicando que os indivíduos casados

apresentaram melhor qualidade de vida relativamente aos que não têm companheiro (solteiros, divorciados e viúvos).

De acordo com Nunes et al. (2017), a qualidade de vida da pessoa idosa está associada à autoestima e ao bem-estar pessoal e espiritual. A integração da espiritualidade como componente da qualidade de vida, tem importante destaque na população com idade avançada, visto que estas pessoas estão mais suscetíveis a problemas de saúde e à vivência de situações de maior vulnerabilidade (*e.g.*, dependência em atividades básicas da vida diária, abandono, isolamento social); (Pontes et al., 2020).

Diversos fatores podem estar relacionados com a qualidade de vida, a literatura destaca que a **espiritualidade** é reconhecida como uma estratégia para as pessoas lidarem com as adversidades frequentes no processo de envelhecimento (Dias & Pais-Ribeiro, 2018). Esta etapa de vida é marcada pela busca pessoal de significados, do sentido da vida e de respostas espirituais, permitindo identificar o que sente falta, rever atitudes, relacionamentos e comportamentos (Balbinotti, 2017), sendo relevante fazer uma introspeção e retomar o que é significativo na vida (Kovács, 2007).

A espiritualidade é um sistema de crenças direcionada para elementos que transcendem o tangível, como uma propensão humana na tentativa de encontrar o significado e sentido para a vida, levando a experienciar uma conexão com algo maior que o seu existencial e que pode ou não estar relacionada a uma prática religiosa formal (Dias & Pais-Ribeiro, 2018; Tavares et al., 2016).

Os termos espiritualidade e religiosidade encontram-se relacionados, mas não são sinónimos (Guimarães & Avezum, 2007). A religiosidade envolve um sistema de culto e doutrina que é partilhado em grupo (Saad et al., 2001), pautado de rituais, crenças e práticas de uma dada instituição ou sistema religiosos, delineados para promover a proximidade com o sagrado ou transcendente (Dias & Pais-Ribeiro, 2018; Simões et al., 2019). Enquanto que, a espiritualidade requer um exercício diário e permanente, baseado na busca individual pelo contato com a sua essência e na procura pela conexão entre o *eu* interior e o meio em que está inserido (Saad et al., 2001), ou seja, é um recurso interno do próprio indivíduo, que pode ser acionado quer através do contato com a natureza, artes ou experiência pessoal (Santos & Sousa, 2012). De acordo com Balbinotti (2017), a espiritualidade é parte integrante do comportamento do indivíduo durante todo o ciclo existencial, envolvendo atividades como o perceber, o pensar, o conceber, o sentir, a fé e o acreditar. Além disso, rege-se por um

conjunto de valores íntimos, como plenitude interior, harmonia, relações interpessoais, estímulos aos interesses que dão sentido à vida (Silva & Silva, 2014).

A espiritualidade estimula o interesse pelos outros e por si, procurando um sentido para a sua existência capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes (Saad et al., 2001), solucionando problemas e questionamentos interiores (Leite & Seminotti, 2013). Segundo o estudo de Oliveira e Junges (2012), a espiritualidade é importante para promover a busca de autoconhecimento, estabelecer a harmonia e o equilíbrio entre as dimensões do ser humano.

A espiritualidade é considerada como uma ferramenta importante para a promoção da saúde, sobretudo mental, podendo funcionar como fator protetor contra o desenvolvimento de doenças físicas e psíquicas, contribuindo para o bem-estar físico e psicológico (Leite & Seminotti, 2013; Thurow et al., 2018). O bem-estar espiritual proporciona recursos para lidar com situações stressantes, perturbadoras ou eventos traumáticos, através do apoio emocional vindo da relação com um Ser Superior, possibilitando uma experiência de fortalecimento e melhoria da qualidade de vida (Marques, 2003).

O estudo do contributo da espiritualidade para a saúde deu origem ao conceito de bem-estar espiritual (Gouveia et al., 2009). A investigação de Neves et al. (2018) contribuiu para a validação da versão portuguesa do *Spiritual Well-Being Questionnaire* (SWBQ), que visa medir o bem-estar espiritual nas pessoas de idade avançada institucionalizadas. Através deste estudo, demonstraram que o instrumento possui uma boa consistência interna e verificaram que o bem-estar espiritual foi diferente de forma estatisticamente significativa a nível do sexo, estado civil e profissão. Deste modo, o estudo evidencia uma maior prevalência de bem-estar espiritual em pessoas idosas do sexo feminino, sem companheiro e que desempenharam profissões do tipo manual.

Balbinotti (2017), salienta que a espiritualidade deu o seu contributo enquanto objeto de investigação para as ciências humanas pela ênfase dada na manutenção da saúde e pelo auxílio na recuperação de utentes. De acordo com Regazzi et al. (2017), a espiritualidade proporciona a redução/gestão da sensação de perda de controlo e esperança, pode ser utilizada como uma estratégia de *coping* (para ajudar na aceitação da doença, transmitir segurança e otimismo face a um tratamento) e prepara para a ideia de finitude. Gutz e Camargo (2013) defendem que as pessoas idosas revelam uma consciência mais profunda e positiva ligada à necessidade de aproximação com Deus (um Ser Superior) e têm tendência a manifestar aceitação com a proximidade da morte.

De acordo com Guimarães e Avezum (2007), a relação positiva entre a espiritualidade e a melhoria dos indicadores de saúde, têm evidenciado que as crenças, práticas e hábitos religiosos e espirituais estão associados a melhores índices de bem-estar físico e mental, promovendo uma vida com mais longevidade e qualidade de vida. O estudo de Duarte et al., (2008) evidencia que a espiritualidade potencia um efeito protetor para o bem-estar físico e emocional das pessoas idosas, diminuindo os níveis de angústia e *stress*. Uma vez que o processo de envelhecimento pode ser acompanhado por perdas físicas e emocionais, e situações de crise (*e.g.*, doença crónica), a espiritualidade pode funcionar como um mecanismo de adaptação a estas situações (Fernandes et al., 2020), ajudando a ter um maior equilíbrio emocional, conseguindo ter autotranquilização, serenidade, aceitação e compaixão em momentos de maior sofrimento e de angústia, contribuindo para uma menor probabilidade de ter uma atitude autocrítica/autopunitiva (Amaral et al., 2010) e estados emocionais negativos.

O **autocriticismo** diz respeito ao modo como o indivíduo se relaciona consigo mesmo em situações de falha e desapontamento pessoal, assumindo uma atitude dura, crítica e penalizadora (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). O autocriticismo assume uma forma de relação *eu-eu* em que uma parte do *eu* descobre falhas e defeitos manifestando uma postura rígida, intolerante e de autoavaliação negativa face ao próprio sofrimento e que acusa, condena e detesta a outra parte do *eu* (Castilho et al., 2010).

O autocriticismo é considerado um construto multidimensional que apresenta diferentes formas (para diferentes fins criticamo-nos de diferentes formas) e diferentes funções (estão associadas a diferentes tipos de emoções negativas); (Castilho et al., 2010). Quanto às formas do autocriticismo, destacam-se o *Eu Inadequado*, associado a um sentimento de inadequação do *eu* face a fracassos e derrotas; o *Eu Tranquilizador*, que está relacionado com a capacidade que a pessoa apresenta de ter uma atitude positiva, reconfortar, acalmar e compaixão para com o *eu* em situações de falha ou fracasso e o *Eu Detestado*, que perante situações de fracasso remete para respostas mais destrutivas, com base em sentimentos de ódio, raiva e repugnância, conduzidos pelo desejo agressivo para se magoar a si mesmo. Relativamente às funções do autocriticismo destacamos duas: autocorreção (remete para a tentativa de prevenir que a pessoa cometa erros, aperfeiçoando o *eu*, deste modo a autocrítica encontra-se associada ao medo em se tornar inadequado, optando por continuar a autocriticar-se de forma a parar de cometer erros) e autoataque (a pessoa ataca-se, magoa-se e faz mal a si mesma ou a elementos detestados, considerados como prejudiciais à própria

pessoa ou em situações em que sente que falhou em tarefas importantes); (Amaral et al., 2010).

Castilho e Pinto-Gouveia (2011) defendem que os aspetos mais patogénicos do autocriticismo não se encontram intimamente ligados só com o conteúdo dos pensamentos autocríticos, mas também com os efeitos da raiva e aversão direcionada para uma visão mais crítica do *eu* associados às dificuldades na autocompaixão. Para estes autores, uma visão inadequada ou mais negativa e detestada do *eu* pode contribuir para sintomas depressivos e ansiosos. Por outro lado, uma atitude compassiva, de aceitação, tranquilização, calor e afeto para com o *eu* poderá contribuir como uma estratégia de autorregulação protetora da vulnerabilidade para a psicopatologia.

Evidenciamos a existência de escassez da literatura e de estudos neste âmbito que abordem em específico o autocriticismo em pessoas idosas. Contudo, destacamos algumas investigações que exploram o autocriticismo, mas com outras populações. A investigação realizada por Baião et al. (2015) permite explorar as características psicométricas da *Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização* (FSCRS). Verificaram no estudo comparativo que ao nível das diferenças de género, na população não clínica, os homens tendem a apresentar pontuações mais elevadas na subescala *Eu Tranquilizador* e mais baixas na subescala *Eu Inadequado* e *Eu detestado*, comparativamente com as mulheres. Deste modo, as mulheres tendem a apresentar uma atitude mais autocrítica e menos confiante. O estudo de Ribeiro (2017) apresenta os mesmos resultados mencionados anteriormente.

Ferreira (2018) evidencia no seu estudo que os indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 87 anos, que de um modo geral as pessoas tendem a ter capacidade de se autotranquilizar perante episódios de insucesso e frustração, pois apresentaram resultados baixos nas subescalas *Eu Inadequado* e *Eu Detestado*, bem como valores mais elevados nas subescalas da autocompaixão, condição humana e *mindfulness*.

O presente estudo tem como principal objetivo analisar a relação entre a qualidade de vida, bem-estar espiritual e autocriticismo em pessoas idosas que frequentam o Centro de Dia e Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas no concelho de Cantanhede.

Os objetivos específicos definidos são os seguintes: 1) Caracterizar a amostra com base nas variáveis sociodemográficas e saúde subjetiva em função da resposta social; 2) Realizar a análise descritiva das subescalas e totais dos instrumentos; 3) Analisar as diferenças na qualidade de vida, bem-estar espiritual e autocriticismo em função de algumas das variáveis sociodemográficas e de saúde subjetiva; e 4) Analisar a relação entre as variáveis em estudo.

Materiais e Métodos

Participantes

A população alvo deste estudo é constituída por pessoas idosas que frequentam as instituições sociais do concelho de Cantanhede, em particular nas respostas sociais de Centro de Dia (CD) e Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas (ERPI). Cantanhede é um concelho que se situa no distrito de Coimbra, sendo o concelho mais extenso do distrito, subdividido em dezanove freguesias (Câmara Municipal de Cantanhede, 2013). O Município tem uma evolução demográfica no sentido do rápido envelhecimento da população idosa (de 65 anos ou mais) e representava 24,86% da população total em 2011 (Cordeiro et al., 2013). É pertinente salientar, segundo Cordeiro et al. (2013), que as freguesias de Covões e Camarneira apresentam índices de envelhecimento mais significativos (351,4% e 304,6%), e que, em contrapartida, as freguesias de Cantanhede e Ançã registam menores valores (116,4% e 172,6%).

Trata-se de uma amostra não probabilística por conveniência, ou seja, os participantes foram escolhidos tendo em conta a proximidade e teriam que cumprir os critérios de inclusão.

Numa fase inicial do nosso estudo a amostra total era constituída por 349 pessoas idosas, dos quais 191 eram utentes em ERPI e 158 em Centro de Dia. Apenas foi possível avaliar 219 utentes, devido a diversos fatores: recusa em participar, incapacidade em se expressarem e/ou compreenderem a linguagem falada, estar acamado e falecimento.

Este estudo contou com a participação de 219 utentes entre os quais: 45 pertenciam à Santa Casa da Misericórdia de Cantanhede; 23 ao Lar Nossa Senhora da Tocha; 28 ao Centro Social Polivalente da Freguesia de Murtede; 24 ao Centro Social Paroquial de Cadima; 16 à PLASCE – Póvoa da Lomba, Associação Social, Cultural e Ecológica; 34 à PRODECO – Progresso e Desenvolvimento de Covões; 18 ao Centro Social e Polivalente de Ourentã; 16 ao Centro Social Comunitário da Varziela e 15 ao Centro Social Paroquial de São Caetano.

Como critérios de inclusão, foi determinado que os sujeitos deveriam ter idade igual ou superior a 65 anos, frequentar Centro de Dia ou ERPI do concelho de Cantanhede, ausência de défice cognitivo severo (aferido através *do Montreal Cognitive Assessment* ≥ 7).

Foram excluídos de participar no estudo, todos os indivíduos que não cumpriram os requisitos para responder aos questionários, ou seja, que apresentavam défice cognitivo severo (*MoCA* < 7). Após a aplicação destes critérios, obtivemos uma amostra final de 138

peessoas idosas, dos quais 84 estão sob resposta social em Centro de Dia e 54 em Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas.

Procedimentos

O presente estudo insere-se no Projeto “Trajetórias do Envelhecimento” do Instituto Superior Miguel Torga em Coimbra, aprovado pela Comissão de Ética (DI&D – ISMT/2 - 2013). Numa primeira fase do estudo solicitámos as autorizações para a utilização dos instrumentos para fins de investigação, procedendo ao contacto dos autores da versão portuguesa de cada instrumento, via e-mail, tendo-nos sido concedido um parecer positivo relativamente a todos eles. No que respeita à pesquisa das instituições do concelho de Cantanhede foi realizada a partir da análise da Carta Social, tendo-se verificado que na resposta social de Centro de Dia é composta por 17 instituições com uma capacidade total para 505 utentes e encontram-se a prestar apoio a 337. Relativamente à resposta social em ERPI no concelho de Cantanhede, apresentam 11 instituições com uma capacidade total para 512 utentes e encontram-se a prestar apoio a 507.

Em seguida, foi efetuado o pedido de autorização (Apêndice A) aos Diretores Técnicos das instituições do concelho de Cantanhede, para proceder à recolha de dados dos utentes que se encontram em respostas sociais de Centro de Dia e ERPI. Foi estabelecida uma data oportuna com o/a Diretor(a) Técnico(a) de cada instituição, para proceder à recolha de dados, de forma a não causar qualquer incómodo aos utentes e funcionários, tendo em conta o normal funcionamento das instituições.

Numa segunda fase, procedemos à aplicação do consentimento informado (Apêndice B), no qual é transmitido a cada participante os objetivos da investigação e onde é assegurada a sua confidencialidade e anonimato, bem como a participação voluntária no estudo. Todos os participantes tinham o conhecimento que poderiam desistir da investigação, se assim o desejassem. Prosseguimos ao levantamento de dados, de forma a caracterizar a amostra do estudo através do questionário sociodemográfico (Apêndice C). Tendo em conta as variáveis deste estudo, foram aplicados os instrumentos que integram o protocolo de investigação sendo constituído por: *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*; *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)*; *Questionário de Bem-estar Espiritual (QBEE)*; *Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização (FSCRS)*. Estudos que apliquem a escala do autocriticismo à população com idade avançada são escassos e o instrumento não

está validado para a população idosa. Contudo, avançámos com o estudo a título exploratório. Estes instrumentos foram aplicados em contexto individual, sendo lidos e preenchidos pela investigadora. Tendo em conta a população alvo encontrámos algumas condicionantes, tais como, ausência de literacia ou baixa escolaridade, limitações físicas e défice de acuidade visual. Deste modo, o seu preenchimento demorou cerca de quarenta a oitenta minutos.

Numa última fase, os dados foram introduzidos numa base de dados informatizada e tratados estatisticamente recorrendo ao programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), de forma a analisar as variáveis em estudo.

Foi efetuado o agrupamento da variável “Idade” em três grupos etários, ou seja, sujeitos menores de 75 anos inclusive, os que têm idade compreendida entre 76 a 85 anos inclusive e um último grupo de maiores de 86 anos, inclusive. Este agrupamento da faixa etária foi realizado por conveniência proporcionando uma melhor visualização e análise dos dados.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Foi desenvolvido no âmbito do presente estudo um questionário (Apêndice C), com o objetivo de recolher informações acerca de cada participante, de forma a obter dados que permitam uma caracterização da amostra. Este questionário é constituído por um conjunto de questões, nomeadamente: idade, sexo, nacionalidade, estado civil, escolaridade, última profissão exercida, número de filhos, com quem vive, resposta social, motivo pelo qual frequenta a resposta social, perceção do estado de saúde, crença em Deus, religião, assim como, se é praticante.

Montreal Cognitive Assessment (MoCA; Nasreddine et al., 2005; versão portuguesa de Simões et al., 2008). O MoCA é um instrumento desenvolvido para o rastreio do défice cognitivo ligeiro. Este instrumento de aplicação individual, avalia oito domínios cognitivos onde se encontram incluídos vários itens, entre os quais, função executiva (*e.g.*, desenhar um relógio), capacidade visuoespacial (*e.g.*, cópia do cubo), memória (*e.g.*, repetição e evocação diferida de cinco palavras), atenção, concentração e memória de trabalho (*e.g.*, subtração em série de 7 começando em 100), linguagem (*e.g.*, repetição de frases), e orientação temporal e espacial (*e.g.*, diga-me qual é a data de hoje?); (Simões et al., 2008). O tempo de

administração é de aproximadamente 10 a 15 minutos. A pontuação máxima do instrumento é de 30 pontos, e o ponto de corte é de 26 pontos, a partir da qual, a função é considerada normal (Guerreiro, 2010). Para indivíduos que apresentem menos de 12 anos de escolaridade deve ser atribuído 1 ponto suplementar (Simões et al., 2008). O MoCA apresenta boas propriedades psicométricas, revelando uma boa consistência interna (α Cronbach = 0,94) (Freitas et al., 2010).

World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref; Group, 1998; versão portuguesa de Vaz Serra et al., 2006). Este é um instrumento da Organização Mundial de Saúde (OMS), que avalia a qualidade de vida. É uma versão mais reduzida do instrumento original, o WHOQOL-100. As respostas são dadas numa escala tipo *Likert* de cinco pontos e estão organizadas em intensidade, capacidade, frequência e avaliação.

É constituído por 26 questões, sendo que a *faceta geral* aborda a qualidade de vida no modo geral e apresenta dois itens (1 e 2), um sobre a qualidade de vida e outro sobre a satisfação com a sua saúde. As restantes 24 estão divididas em quatro domínios específicos: domínio *físico* (itens 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), domínio *psicológico* (itens 5, 6, 7, 11, 19 e 26), domínio das *relações sociais* (itens 20, 21 e 22) e domínio *meio ambiente* (itens 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25). O domínio *físico* envolve questões relacionadas com a dor e o desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida diária; dependência de medicação ou tratamentos e capacidade de trabalho. No domínio *psicológico* abordam-se questões relacionadas com os sentimentos positivos e negativos; autoestima; imagem corporal e aparência; memória e concentração; espiritualidade, religião e crenças pessoais. Questões relacionadas com as relações pessoais, apoio social e atividade sexual são abordadas no domínio *social*. Finalmente, o domínio *meio ambiente* contempla facetas que se relacionam com a segurança física; o ambiente no lar; recursos económicos; cuidados de saúde; oportunidades para adquirir novas informações e competências; participação e/ou oportunidades de recreio e lazer; ambiente físico e transporte (Vaz Serra et al., 2006).

O estudo de validação do WHOQOL-Bref para a população portuguesa de Canavarro et al., (2007) apresenta valores aceitáveis de consistência interna, quando consideramos as 26 questões que compõem o instrumento, o alfa de Cronbach é de 0,92. Os domínios individualmente apresentaram os seguintes valores: *físico* ($\alpha = 0,87$), *psicológico* ($\alpha = 0,84$), *relações Sociais* ($\alpha = 0,64$) e *ambiente* ($\alpha = 0,78$), revelando também coeficientes adequados de consistência interna. Neste estudo, os valores de consistência interna (alfa de Cronbach)

que obtivemos foram de 0,79 na *faceta geral*; 0,82 no domínio *físico*; 0,72 no domínio *psicológico*; 0,60 no domínio das *relações sociais* e 0,55 no domínio *meio ambiente*. Apesar do valor baixo na subescala *meio ambiente* avançamos com o estudo a título exploratório.

Questionário de Bem-estar Espiritual (QBEE) / Spiritual Well-Being Questionnaire (SWBQ; Gomez & Fisher, 2003; adaptação portuguesa de Gouveia et al., 2009). O SWBQ é um questionário de autorresposta constituído por 20 itens, com o objetivo de avaliar o bem-estar espiritual dos indivíduos. Integra quatro subescalas constituídas pelos seguintes itens: *pessoal* (5 – identidade pessoal, 9 – autoconsciência, 14 – alegria na vida, 16 – paz interior e 18 – sentido para vida); *comunitária* (1 – amor pelos outros, 3 – bondade para com os outros, 8 – confiança nos outros, 17 – respeito pelos outros e 19 – generosidade com os outros); *ambiental* (4 – ligação com a natureza, 7 – admiração da paisagem, 10 – união com a natureza, 12 – harmonia com a natureza e 20 – magia na natureza); e *transcendental* (2 – relação com Deus, 6 – admiração pela criação, 11 – união com Deus, 13 – paz com Deus e 15 – vida de meditação ou oração).

É solicitado ao indivíduo que indique em que medida sente que cada afirmação reflete a sua experiência pessoal atual sendo avaliado numa escala que varia entre “1” (muito pouco), “2” (pouco), “3” (moderadamente), “4” (muito) e “5” (muitíssimo). A pontuação é obtida através da média das respostas dadas aos itens das subescalas. É também possível calcular a pontuação total do SWBQ através da soma das subescalas. Deste modo, quanto maior a pontuação, maior o bem-estar espiritual. No que respeita à consistência interna obtida na investigação de Neves et al. 2018, no âmbito da validação da versão portuguesa do SWBQ com pessoas idosas institucionalizadas, esta foi adequada, com valores de alfa de Cronbach de 0,79 no *total* do SWBQ; 0,68 na subescala humanitário; 0,95 na subescala *ambiental* e 0,87 na subescala *transcendental*. No estudo de Gouveia et al. 2009, SWBQ *total* apresentou um alfa de Cronbach de 0,88; variando nas quatro subescalas de bem estar espiritual entre 0,89 e 0,74. Relativamente ao presente estudo, os valores de consistência interna foram de 0,79 para o *total* do BEE; 0,63 para a subescala *pessoal*; 0,40 para a subescala *comunitária*; 0,60 para a subescala *ambiental* e 0,89 para a subescala *transcendental*. Apesar do valor baixo na subescala *comunitária* avançamos com o estudo a título exploratório.

Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização / Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS; Gilbert et al., 2004; tradução e adaptação de Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). Esta escala tem como objetivo avaliar de que forma as pessoas se autocriticam e autotranquilizam perante situações de fracasso e erro. É um instrumento de autorresposta composto por 22 itens distribuído em três subescalas: *Eu Inadequado* (itens 1, 2, 4, 6, 7, 14, 17, 18 e 20) que avalia o sentimento de inadequação do *eu* perante fracassos, obstáculos e erros (e.g., “Há uma parte de mim que me inferioriza”); *Eu Tranquilizador* (itens 3, 5, 8, 11, 13, 16, 19 e 21) que indica uma atitude positiva, calorosa, de conforto e compaixão para com o *eu*, face ao erro/falha (e.g., “Perdoe-me facilmente”) e o *Eu Detestado* (itens 9, 10, 12, 15 e 22) que avalia um sentimento de repugnância, ódio, raiva, perseguição ao *eu* (e.g., “Não gosto de ser como sou”). Cada item é cotado numa escala tipo *Likert* de cinco pontos: 0 – Não sou assim; 1 – Sou um pouco assim; 2 – Sou moderadamente assim; 3 – Sou bastante assim; e 4 – Sou extremamente assim (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011).

Na versão original (Gilbert et al., 2004) os valores de consistência interna obtidos foram de 0,90 para a subescala *Eu Inadequado*, 0,86 para a subescala *Eu Tranquilizador* e 0,86 para a subescala *Eu Detestado*. Para a população portuguesa obtiveram-se os seguintes resultados de consistência interna: 0,89 na subescala *Eu Inadequado*, 0,87 na subescala *Eu Tranquilizador* e 0,62 na subescala *Eu Detestado* (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). No que diz respeito ao presente estudo os valores de consistência interna foram de: 0,73 na subescala *Eu Inadequado*; 0,84 na subescala *Eu Tranquilizador* e 0,56 na subescala *Eu Detestado*. Apesar do valor baixo na subescala *Eu Detestado* avançámos com o estudo a título exploratório.

Análise Estatística

Para a análise dos dados estatísticos utilizámos o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 28.0.

Primeiramente procedemos ao cálculo do teste da normalidade de *Kolmogorov-Smirnov* para analisar a distribuição da amostra, verificando-se que as principais variáveis não apresentavam uma distribuição normal. Tendo em conta a dimensão da amostra ($N > 30$), optámos por utilizar as estatísticas paramétricas, o que atendendo ao Teorema do Limite Central está sustentada a assunção da normalidade (Pestana & Gageiro, 2014; Marôco, 2011).

Também foi necessário recodificar algumas variáveis, de modo a facilitar as análises estatísticas (idade, estado civil, escolaridade, profissão, tempo de institucionalização e motivo da frequência da institucionalização). No que se refere aos valores de alfa de Cronbach a interpretação foi realizada de acordo com os critérios de Marôco (2011).

De seguida, realizámos o cálculo de frequências absolutas e percentuais para caracterizar a amostra e uma análise descritiva dos respetivos instrumentos. Também procedemos a uma análise de diferenças (comparação de médias e desvios-padrão entre os grupos) das dimensões e totais dos instrumentos em função de algumas características sociodemográficas e de saúde subjetiva (a partir de testes não paramétricos – *Teste H de Kruskal-Wallis* para comparar duas ou mais amostras independentes e *Teste U de Mann-Whitney* para comparar duas amostras independentes).

Ainda calculámos o coeficiente de correlação de *Spearman* para analisar as associações entre as subescalas e totais dos instrumentos em estudo. Para classificar as correlações considerámos os critérios de Pestana e Gageiro (2014): nas correlações muito baixas o r situa-se abaixo de 0,19; nas correlações baixas o r está entre 0,20 e 0,39; nas correlações moderadas o r está entre 0,40 e 0,69; e nas correlações altas o r situa-se entre 0,70 e 0,89.

Resultados

Numa fase inicial, contámos com a participação de 219 utentes. No entanto, após a aplicação dos critérios de exclusão foram excluídos 81 participantes, pois apresentaram défice cognitivo severo, avaliado através do *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) (< 7).

A Tabela 1 indica que a amostra final do estudo contou com 138 participantes, dos quais 84 frequentam o Centro de Dia (CD) e 54 em Estrutura Residencial Para Idosos (ERPI). A maioria das pessoas idosas era do sexo feminino quer na resposta social de CD ($n = 59$; 70,2%), quer em ERPI ($n = 42$; 77,8%). Relativamente à faixa etária, é mais comum os participantes apresentarem idades compreendidas entre os 76 e os 85 anos, em ambas as respostas sociais, ou seja, em CD ($n = 49$; 58,3%; $M = 81,36$; $DP = 6,59$) e em ERPI ($n = 24$; 44,4%; $M = 82,69$; $DP = 7,54$). A maior parte dos sujeitos eram viúvos tanto em CD ($n = 51$; 60,7%) como em ERPI ($n = 36$; 66,7%). No que diz respeito à escolaridade é mais comum os participantes terem escolaridade, o que verificámos em CD ($n = 59$; 70,2%) e ERPI ($n = 43$; 79,6%). Já no âmbito profissional, a maioria dos participantes assinalaram

que a profissão exercida foi sobretudo manual, tanto na resposta social CD ($n = 73$; 86,9%), como em ERPI ($n = 40$; 74,1%).

Relativamente ao tempo de institucionalização, observámos que a grande parte dos participantes se encontra até 3 anos na instituição, seja em CD ($n = 50$; 59,5%) ou em ERPI ($n = 30$; 55,6%). Quanto ao motivo da institucionalização a maioria das pessoas idosas em CD foram por iniciativa própria ($n = 48$; 57,1%), enquanto os ERPI foram por falta de apoio familiar, perda de cônjuge ou de autonomia ($n = 31$; 57,4%). Por fim, no que refere à percepção do estado de saúde a maioria das pessoas idosas em CD ($n = 60$; 71,4%) e ERPI ($n = 31$; 57,4%) consideram-na como “má e bastante má”. Não se observaram diferenças entre os grupos em nenhuma das variáveis.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica e de saúde subjetiva da amostra (N = 138)

		Pessoas Idosas em Centro de Dia		Pessoas Idosas em ERPI	
		N = 84	%	N = 54	%
Sexo	Masculino	25	29,8	12	22,2
	Feminino	59	70,2	42	77,8
Idade	≤ 75 anos	12	14,3	10	18,5
	76 a 85 anos	49	58,3	24	44,4
	≥ 86 anos	23	27,4	20	37,0
Estado civil	Solteiros, divorciados e separados	11	13,1	12	22,2
	Casados	22	26,2	6	11,1
	Viúvos	51	60,7	36	66,7
Escolaridade	Sem escolaridade (analfabetos)	25	29,8	11	20,4
	Com escolaridade	59	70,2	43	79,6
Profissão	Intelectual	11	13,1	14	25,9
	Manual	73	86,9	40	74,1
Tempo de institucionalização	Até 3 anos	50	59,5	30	55,6
	A partir de 3 anos	34	40,5	24	44,4
Motivo da institucionalização	Iniciativa própria	48	57,1	23	42,6
	Falta de apoio familiar/ perda de cônjuge ou de autonomia	36	42,9	31	57,4
Percepção do estado de saúde	Mau e bastante mau	60	71,4	31	57,4
	Moderado e bom	24	28,6	23	42,6

Nota. n = número de sujeitos; % = Percentagem; ERPI = Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas.

Na Tabela 2 realizámos um estudo descritivo dos instrumentos WHOQOL-Bref, QBEE e FSCRS. Os resultados mostram-nos que na qualidade de vida (WHOQOL-Bref), o domínio que apresentou a pontuação média mais elevada foi o das *relações sociais* ($M = 63,58$; $DP = 14,86$), seguindo-se o domínio *ambiente* ($M = 61,45$; $DP = 7,42$).

No bem-estar espiritual (BEE), a subescala *ambiental* revelou a pontuação média mais alta ($M = 4,13$; $DP = 0,37$), enquanto a subescala *pessoal* foi a que apresentou uma média inferior ($M = 3,20$; $DP = 0,48$).

No autocriticismo (FSCRS), destaca-se a subescala *Eu Tranquilizador*, que apresentou uma pontuação média claramente mais elevada ($M = 15,62$; $DP = 4,53$), comparando com as restantes subescalas.

Tabela 2

Análise descritiva das subescalas e totais dos instrumentos (N = 138)

Instrumentos	Subescalas e Totais	M	DP	Mín	Máx
WHOQOL-BREF	Domínio Físico	46,81	18,90	17,86	96,43
	Domínio Psicológico	55,70	15,71	16,67	91,67
	Domínio Relações Sociais	63,58	14,86	8,33	83,33
	Domínio Ambiente	61,45	7,42	34,38	81,25
	Faceta Geral	38,22	24,15	0	87,50
QBEE	Pessoal	3,20	0,48	2	5
	Comunitária	3,95	0,34	3	5
	Ambiental	4,13	0,37	2	5
	Transcendental	3,44	0,76	1	5
	BEE Total	69,65	6,28	53	93
FSCRS	Eu Inadequado	5,82	3,93	0	23
	Eu Tranquilizador	15,62	4,68	6	31
	Eu Detestado	1,38	1,69	0	8

Nota. WHOQOL-Bref = World Health Organization Quality of Life – Bref; QBEE = Questionário de Bem-estar Espiritual; FSCRS = Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale; M = Média; DP = Desvio Padrão; Máx = Máximo; Mín = Mínimo.

Na Tabela 3 realizámos dois tipos de testes não paramétricos, o *Teste H de Kruskal-Wallis* e o *Teste U de Mann-Whitney* para amostras independentes, de forma a analisar as diferenças (ou a variância) do WHOQOL-Bref em função de algumas variáveis sociodemográficas e de saúde subjetiva.

Os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas no domínio das *relações sociais* ($U = -2,35; p < 0,05$), no qual o grupo de participantes com escolaridade apresentou a pontuação média mais elevada ($M = 14,42; DP = 2,32$), comparando com os participantes sem escolaridade.

Também observámos que há diferenças estatisticamente significativas no domínio *físico* ($U = -3,12; p = 0,00$), domínio *psicológico* ($U = -2,28; p < 0,05$), domínio das *relações sociais* ($U = -2,75; p < 0,01$) e na *faceta geral* ($U = -4,81; p < 0,01$), verificou-se que o grupo de sujeitos que começou a frequentar a resposta social por iniciativa própria obteve os valores médios mais elevados em todos os domínios anteriormente mencionados, comparando com o grupo de sujeitos que frequentou a resposta social por falta de apoio familiar, perda do cônjuge ou de autonomia.

Ainda constatámos que há diferenças estatisticamente significativas no domínio *físico* ($U = -5,49; p < 0,01$), domínio *psicológico* ($U = -4,88; p < 0,01$), domínio das *relações sociais* ($U = -3,59; p < 0,01$) e na *faceta geral* ($U = -7,24; p < 0,01$), nos quais o grupo de sujeitos que consideram o seu estado de saúde “moderado e bom” têm as pontuações médias superiores, comparativamente com o grupo de sujeitos que consideram o seu estado de saúde “mau e bastante mau”.

Tabela 3

Comparação da qualidade de vida (WHOQOL-Bref) entre os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas e saúde subjetiva (N = 138)

		WHOQOL-BREF									
		Domínio Físico		Domínio Psicológico		Domínio Relações Sociais		Domínio Ambiente		Faceta Geral	
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Idade	≤ 75 anos	12,09	2,70	13,27	2,46	13,76	2,44	13,80	1,26	9,36	3,87
	76 a 85 anos	11,65	2,72	12,85	2,61	13,94	2,62	13,90	1,19	10,08	3,89
	≥ 86 anos	10,64	2,25	13,12	2,61	14,79	1,76	13,74	1,15	10,56	3,83
<i>Kruskal-Wallis (H; η²)</i>		(5,41 ^{NS} ; 0,04)		(0,82 ^{NS} ; 0,00)		(2,93 ^{NS} ; 0,03)		(0,23 ^{NS} ; 0,00)		(1,49 ^{NS} ; 0,01)	
Sexo	Masculino	12,00	2,73	13,47	2,26	14,49	2,43	13,95	1,05	10,70	4,19
	Feminino	11,19	2,56	12,83	2,67	14,06	2,35	13,79	1,23	9,90	3,73
<i>U Mann-Whitney (U; d)</i>		(-1,62 ^{NS} ; 0,30)		(-1,43 ^{NS} ; 0,25)		(-1,31 ^{NS} ; 0,17)		(-0,78 ^{NS} ; 0,13)		(-0,88 ^{NS} ; 0,20)	
Escolaridade	Sem escolaridade	10,94	2,48	13,11	2,43	13,48	2,42	13,76	1,00	10,33	3,59
	Com escolaridade	11,57	2,66	12,96	2,64	14,42	2,32	13,86	1,25	10,04	3,97
<i>U Mann-Whitney (U; d)</i>		(-1,17 ^{NS} ; 0,24)		(0,21 ^{NS} ; 0,05)		(-2,35 [*] ; 0,39)		(-0,60 ^{NS} ; 0,08)		(-0,53 ^{NS} ; 0,07)	
Resposta social	Centro de dia	11,63	2,48	13,04	2,37	14,48	2,14	13,93	0,94	9,79	3,77
	ERPI	11,05	2,80	12,95	2,89	13,70	2,65	13,68	1,48	10,63	3,97
<i>U Mann-Whitney (U; d)</i>		(-1,28 ^{NS} ; 0,21)		(-0,29 ^{NS} ; 0,03)		(-1,89 ^{NS} ; 0,32)		(-0,66 ^{NS} ; 0,20)		(-1,38 ^{NS} ; 0,21)	
Motivo da frequência da resposta social	Iniciativa própria	12,09	2,58	13,48	2,38	14,74	1,98	14,02	0,89	11,63	3,84
	Falta de apoio familiar/perda do cônjuge ou de autonomia	10,68	2,48	12,50	2,70	13,57	2,61	13,63	1,41	8,51	3,19
<i>U Mann-Whitney (U; d)</i>		(-3,12 ^{**} ; 0,55)		(-2,28 [*] ; 0,38)		(-2,75 ^{**} ; 0,50)		(-1,41 ^{NS} ; 0,33)		(-4,81 ^{**} ; 0,88)	
Perceção do estado de saúde	Mau e bastante mau	10,54	2,48	12,25	2,38	13,64	2,53	13,68	1,14	8,37	2,98
	Moderado e bom	13,08	2,01	14,47	2,31	15,21	1,63	14,13	1,22	13,49	3,07
<i>U Mann-Whitney (U; d)</i>		(-5,49 ^{**} ; 1,12)		(-4,88 ^{**} ; 0,94)		(-3,59 ^{**} ; 0,73)		(-2,39 ^{NS} ; 0,38)		(-7,24 ^{**} ; 1,69)	

Nota. WHOQOL-Bref = World Health Organization Quality of Life – Bref; M = Média; DP = Desvio Padrão; H = Teste H de Kruskal-Wallis; U = Teste U de Mann-Whitney; d = d de Cohen; η² = eta quadrado; * p < 0,05; ** p < 0,01; NS Não significativo.

Na Tabela 4 apresentámos os resultados do *Teste H de Kruskal-Wallis* e o *Teste U de Mann-Whitney* para amostras independentes, com o intuito de analisar as diferenças (ou a

variância) nas pontuações do QBEE em função de algumas variáveis sociodemográficas e de saúde subjetiva.

Os resultados mostram que existem diferenças estatisticamente significativas na subescala *transcendental* ($H = 19,03; p < 0,01$) e na BEE *total* ($H = 13,03; p < 0,01$), sendo o grupo dos participantes com ≥ 86 anos que revelou a pontuação média mais elevada, comparando com os outros grupos etários.

Também notámos que há diferenças estatisticamente significativas na subescala *transcendental* ($U = -5,80; p < 0,01$) e na BEE *total* ($U = -4,09; p < 0,01$), sendo o grupo das mulheres que apresentou a pontuação média mais elevada, comparando com o grupo dos homens.

Ainda identificámos diferenças estatisticamente significativas na subescala *comunitária* ($U = -1,60; p < 0,05$), observando-se que o grupo de participantes com escolaridade apresentou os valores médios mais altos ($M = 3,99; DP = 0,32$), comparando com o grupo participantes sem escolaridade.

Evidenciámos diferenças estatisticamente significativas na subescala *peçoal* ($U = -3,60; p < 0,01$), considerando-se que o grupo de participantes que frequentaram a resposta social por iniciativa própria obtiveram a pontuação média mais elevada ($M = 3,32; DP = 0,44$), comparando com o grupo de sujeitos que frequentaram a resposta social por falta de apoio familiar, perda do cônjuge ou de autonomia.

Além disso, os resultados mostram que existem diferenças estatisticamente significativas na subescala *peçoal* ($U = -3,78; p < 0,01$) e na BEE *Total* ($U = -2,01; p < 0,05$), nos quais o grupo de sujeitos que consideraram o seu estado de saúde “moderado e bom” têm as pontuações médias mais altas, comparativamente ao restante grupo.

Tabela 4

Comparação do Bem-estar Espiritual (QBEE) entre os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas e saúde subjetiva (N = 138)

		QBEE									
		Pessoal		Comunitária		Ambiental		Transcendental		BEE Total	
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Idade	≤ 75 anos	3,03	0,49	3,93	0,31	4,04	0,20	2,85	0,84	65,27	6,09
	76 a 85 anos	3,22	0,45	3,95	0,37	4,10	0,34	3,45	0,70	69,71	5,66
	≥ 86 anos	3,24	0,52	3,97	0,31	4,21	0,46	3,73	0,66	71,79	6,36
Kruskal-Wallis (H; η^2)		(3,23 ^{NS} ; 0,02)		(0,88 ^{NS} ; 0,00)		(7,23 ^{NS} ; 0,02)		(19,03 ^{**} ; 0,14)		(13,03 ^{**} ; 0,11)	
Sexo	Masculino	3,18	0,45	3,90	0,29	4,09	0,33	2,82	0,73	66,05	5,87
	Feminino	3,21	0,50	3,97	0,36	4,14	0,38	3,67	0,64	70,97	5,92
U Mann-Whitney (U; d)		(-0,09 ^{NS} ; 0,06)		(-1,17 ^{NS} ; 0,21)		(-1,09 ^{NS} ; 0,14)		(-5,80 ^{**} ; 1,23)		(-4,09 ^{**} ; 0,83)	
Escolaridade	Sem escolaridade	3,13	0,44	3,85	0,39	4,08	0,48	3,50	0,78	68,92	5,86
	Com escolaridade	3,22	0,50	3,99	0,32	4,14	0,32	3,42	0,76	69,91	6,43
U Mann-Whitney (U; d)		(-0,67 ^{NS} ; 0,19)		(-1,60 [*] ; 0,39)		(-0,11 ^{NS} ; 0,14)		(-0,76 ^{NS} ; 0,10)		(-0,57 ^{NS} ; 0,16)	
Resposta social	Centro de dia	3,19	0,44	3,98	0,30	4,12	0,36	3,35	0,69	69,24	5,48
	ERPI	3,21	0,55	3,91	0,40	4,14	0,39	3,59	0,85	70,30	7,36
U Mann-Whitney (U; d)		(-0,08 ^{NS} ; 0,04)		(-2,43 ^{NS} ; 0,19)		(-1,08 ^{NS} ; 0,05)		(-1,99 ^{NS} ; 0,31)		(-0,30 ^{NS} ; 0,16)	
Motivo da frequência da resposta social	Iniciativa própria	3,32	0,44	4,00	0,31	4,13	0,32	3,44	0,77	70,45	5,85
	Falta de apoio familiar... ^a	3,07	0,49	3,90	0,37	4,12	0,41	3,45	0,76	68,81	6,64
U Mann-Whitney (U; d)		(-3,60 ^{**} ; 0,53)		(-1,83 ^{NS} ; 0,29)		(-0,20 ^{NS} ; 0,02)		(-0,32 ^{NS} ; 0,01)		(-1,98 ^{NS} ; 0,26)	
Perceção do estado de saúde	Mau e bastante mau	3,08	0,43	3,91	0,33	4,11	0,36	3,44	0,65	68,75	5,13
	Moderado e bom	3,43	0,50	4,04	0,36	4,16	0,38	3,46	0,95	71,40	7,82
U Mann-Whitney (U; d)		(-3,78 ^{**} ; 0,75)		(-1,82 ^{NS} ; 0,37)		(-0,41 ^{NS} ; 0,13)		(-0,64 ^{NS} ; 0,02)		(-2,01 [*] ; 0,40)	

Nota. QBEE = Questionário de Bem-Estar Espiritual; M = Média; DP = Desvio Padrão; H = Teste H de Kruskal-Wallis; U = Teste U de Mann-Whitney; d = d de Cohen; η^2 = eta quadrado; ^a = Falta de apoio familiar/perda do cônjuge ou de autonomia; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ^{NS} Não significativo.

Na Tabela 5 realizámos uma vez mais o *Teste H de Kruskal-Wallis* e o *Teste U de Mann-Whitney* para amostras independentes, de forma a analisar as diferenças (ou a variância) do FSCRS em função de algumas variáveis sociodemográficas e saúde subjetiva.

Os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas na subescala *Eu Inadequado* ($U = -2,35$; $p < 0,01$), sendo o grupo de participantes que estão em

ERPI que apresentaram os valores médios mais elevados, comparativamente com os participantes que estão em centro de dia.

Também observámos que há diferenças estatisticamente significativas na subescala *Eu Inadequado* ($U = -3,08$; $p < 0,05$) e na subescala *Eu Detestado* ($U = -4,06$; $p < 0,01$), nas quais o grupo de sujeitos que frequentou a resposta social por falta de apoio familiar, perda do cônjuge ou de autonomia obteve as pontuações médias mais elevadas, comparativamente com o grupo que começou a frequentar a resposta social por iniciativa própria.

Identificámos igualmente uma diferença estatisticamente significativa na subescala *Eu Tranquilizador* ($U = -4,01$; $p < 0,01$), constatando-se que os sujeitos que consideram o seu estado de saúde como “moderado e bom” obtiveram as pontuações médias mais altas ($M = 17,87$; $DP = 4,69$), comparativamente ao restante grupo. Importa ainda destacar a diferença estatisticamente significativa na subescala *Eu Detestado* ($U = -3,93$; $p < 0,01$), na qual os sujeitos que consideram o seu estado de saúde “mau e bastante mau” revelaram os valores médios mais elevados ($M = 1,75$; $DP = 1,85$), comparando com o outro grupo.

Tabela 5

Comparação do autocriticismo (FSCRS) entre os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas e saúde subjetiva (N = 138)

		FSCRS					
		Eu Inadequado		Eu Tranquilizador		Eu Detestado	
		M	DP	M	DP	M	DP
Idade	≤ 75 anos	6,36	4,08	15,09	4,79	1,64	1,67
	76 a 85 anos	5,64	3,90	15,15	4,31	1,16	1,40
	≥ 86 anos	5,84	3,98	16,70	5,13	1,60	2,09
Kruskal-Wallis (H; η^2)		(0,90 ^{NS} ; 0,00)		(3,61 ^{NS} ; 0,02)		(1,42 ^{NS} ; 0,01)	
Sexo	Masculino	5,92	5,27	15,30	4,66	1,84	2,12
	Feminino	5,78	3,35	15,74	4,70	1,21	1,47
U Mann-Whitney (U; d)		(-1,17 ^{NS} ; 0,03)		(-0,39 ^{NS} ; 0,09)		(-1,08 ^{NS} ; 0,34)	
Escolaridade	Sem escolaridade	5,83	4,25	15,06	4,08	1,58	1,66
	Com escolaridade	5,81	3,84	15,82	4,87	1,30	1,70
U Mann-Whitney (U; d)		(-0,42 ^{NS} ; 0,00)		(-0,65 ^{NS} ; 0,16)		(-1,36 ^{NS} ; 0,16)	
Resposta social	Centro de dia	5,08	3,15	15,42	4,00	1,20	1,52
	ERPI	6,96	4,72	15,94	5,60	1,65	1,90
U Mann-Whitney (U; d)		(-2,35 ^{**} ; 0,46)		(-0,26 ^{NS} ; 0,10)		(-1,54 ^{NS} ; 0,26)	
Motivo da frequência da resposta social	Iniciativa própria	5,06	3,83	16,28	4,04	0,93	1,47
	Falta de apoio familiar... ^a	6,63	3,91	14,93	5,21	1,85	1,78
U Mann-Whitney (U; d)		(-3,08 [*] ; 0,40)		(-2,07 ^{NS} ; 0,28)		(-4,06 ^{**} ; 0,56)	
Perceção do estado de saúde	Mau e bastante mau	6,11	3,87	14,46	4,25	1,75	1,85
	Moderado e bom	5,26	4,04	17,87	4,69	0,66	1,00
U Mann-Whitney (U; d)		(-1,68 ^{NS} ; 0,21)		(-4,01 ^{**} ; 0,76)		(-3,93 ^{**} ; 0,73)	

Nota. FSCRS = Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale; M = Média; DP = Desvio Padrão; H = Teste H de Kruskal-Wallis; U = Teste U de Mann-Whitney; d = d de Cohen; η^2 = eta quadrado; ^a = Falta de apoio familiar/perda do cônjuge ou de autonomia; * p < 0,05; ** p < 0,01; ^{NS} Não significativo.

Para analisar as relações entre as principais variáveis em estudo, calculámos para o efeito o Coeficiente de Correlação de Spearman (Tabela 6).

Os resultados sobre a qualidade de vida (WHOQOL-Bref) demonstram que a *faceta geral* apresentou correlações estatisticamente significativas positivas de magnitude baixa com a BEE total (r = 0,27). Também apresentou correlações significativas positivas de magnitude moderada com a subescala *Eu Tranquilizador* (r = 0,48) e com a perceção do

estado de saúde ($r = 0,62$). Ainda se observaram correlações significativas negativas muito baixas com a subescala *Eu Inadequado* ($r = -0,18$) e correlações significativas baixas com a subescala *Eu Detestado* ($r = -0,33$).

No que respeita ao questionário de bem-estar espiritual (QBEE) observámos que a BEE *total* demonstrou correlações estatisticamente significativas positivas de magnitude moderada com a subescala *Eu Tranquilizador* ($r = 0,55$). Também identificámos correlações positivas de magnitude muito baixa com a perceção do estado de saúde ($r = 0,17$). Ainda apresentou correlações significativas negativas de magnitude baixa com a subescala *Eu Detestado* ($r = -0,28$).

No autocriticismo (FSCRS), verificámos que a subescala *Eu Inadequado* apresentou correlações estatisticamente significativas positivas de magnitude moderada com subescala *Eu Detestado* ($r = 0,45$). Também identificámos que a subescala *Eu Inadequado* apresentou correlações significativas negativas de magnitude baixa com a subescala *Eu Tranquilizador* ($r = -0,28$). A subescala *Eu Tranquilizador* apresentou correlações significativas positivas de magnitude baixa com a perceção do estado de saúde ($r = 0,34$). Identificámos ainda que a subescala *Eu Tranquilizador* tem uma correlação significativa negativa de magnitude moderada com a subescala *Eu Detestado* ($r = -0,49$). Por fim, a subescala *Eu Detestado* também apresenta uma correlação significativa negativa de magnitude baixa com a perceção do estado de saúde ($r = -0,34$).

Tabela 6

Correlações de Spearman entre as principais variáveis (N = 138)

Instrumentos	Subescalas/variáveis	1	2	3	4	5	6
WHO	1.Faceta Geral	-	0,27**	-0,18*	0,48**	-0,33**	0,62**
QBEE	2.BEE Total	-	-	-0,14	0,55**	-0,28**	0,17*
FSCRS	3.Eu Inadequado	-	-	-	-0,28**	0,45**	-0,14
	4.Eu Tranquilizador	-	-	-	-	-0,49**	0,34**
	5.Eu Detestado	-	-	-	-	-	-0,34**
Saúde Subjetiva	6. Perceção do estado de saúde	-	-	-	-	-	-

Nota. WHO = *WHOQOL-Bref* (World Health Organization Quality of Life – Bref); QBEE = Questionário de Bem-estar Espiritual; FSCRS = Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Discussão

O principal objetivo desta investigação foi analisar a relação entre a qualidade de vida, bem-estar espiritual e autocriticismo em pessoas idosas que frequentam o Centro de Dia (CD) e Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) no concelho de Cantanhede.

O nosso primeiro objetivo foi caracterizar a amostra com base nas variáveis sociodemográficas e de saúde subjetiva. Inicialmente, foi realizada a caracterização sociodemográfica da amostra, tendo em conta as respostas sociais, ou seja, os participantes que estão em CD e em ERPI, não existindo diferenças estatisticamente significativas nas respetivas variáveis sociodemográficas. A maioria das pessoas idosas é do sexo feminino, sendo mais comum apresentarem idades entre os 76 e 85 anos e a maior parte das pessoas é viúva.

Na generalidade, em ambas as respostas sociais, apresentaram baixa escolaridade e desenvolveram uma profissão de tipo manual e no que se refere à perceção do estado de saúde, a maioria das pessoas em ambas as respostas sociais, consideram-na “má e bastante má”. Neste âmbito, Alves-Silva et al. (2013) verificaram que as pessoas idosas institucionalizadas têm um baixo nível de escolaridade, apontando como fator principal a pouca valorização que era dada ao ensino na época em que eram jovens, a escola não era tida como prioritária principalmente nas pessoas do sexo feminino. O estudo de Neves et al. (2018) refere que as profissões do tipo manual, são menos valorizadas na sociedade, levando muitas vezes à atribuição de remunerações baixas, o que poderá dificultar o acesso aos cuidados de saúde e conseqüentemente poderá vir a influenciar o processo de envelhecimento potenciando mais problemas de saúde e com algumas perdas (*e.g.*, a nível emocional, social e/ou funcional). O estudo de Parente et al. (2018) com sujeitos com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos, permitiu verificar que o fator idade influencia o modo como os indivíduos percecionavam o seu estado de saúde físico e mental como deficitário. Cartaxo et al. (2012) consideram que a maioria dos participantes no seu estudo afirmam ter problemas de saúde, sendo que o facto de ter doenças pode conduzir a uma pior perceção do estado de saúde e qualidade de vida.

Já no que diz respeito ao tempo de institucionalização, observámos que grande parte dos participantes se encontra até 3 anos na instituição. Quanto ao motivo da institucionalização, a maioria dos participantes que estão em CD foram por iniciativa própria, enquanto os que estão ERPI foram por falta de apoio familiar, perda de cônjuge ou de autonomia, embora

não se tenham verificado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Neste sentido, o estudo de Alves-Silva et al., (2013) aponta alguns fatores que contribuem para a institucionalização da pessoa idosa, nomeadamente: mudanças na estrutura familiar e social; dificuldade em assegurar o apoio necessário à pessoa dependente para a realização das atividades de vida diária; falta de família nuclear e perda de entes queridos. Já Parente et al., (2018) apontam como motivo de institucionalização, o facto das pessoas idosas já apresentarem quadros clínicos prévios e necessitarem de cuidados permanentes aquando da entrada na instituição.

Como segundo objetivo, procedeu-se à análise descritiva das variáveis selecionadas para o estudo. Os principais resultados indicam que no que diz respeito à qualidade de vida o domínio das *relações sociais* é o que mais se destaca. Estes dados apoiam o estudo realizado por Cartaxo et al. (2012), que demonstra que as relações interpessoais são relevantes para se manter a autonomia e as condições de vida das pessoas idosas, na medida em que neste tipo de instituições podem formar vínculos, conviver, trocar ajudas e experiências. Neste sentido, Rayol et al. (2020) demonstram que os utentes institucionalizados se encontram mais disponíveis para fomentar o relacionamento interpessoal, uma vez que é possível desenvolver a convivência diária com pessoas de idades próximas. Acrescentam ainda que a amizade influencia a qualidade de vida das pessoas idosas, uma vez que pode ajudar a enfrentar as dificuldades do dia-a-dia e pode estar associada às carências afetivas no ambiente institucional, que podem ser sentidas pela falta de alguém em que possa confiar e possa partilhar os momentos de angústias e histórias de vida. De acordo com Leite e Rodrigues (2017), consideram importante o desenvolvimento e a manutenção de uma boa rede de apoio, quer através de familiares, funcionários da instituição e/ou amigos, são um suporte fundamental nesta etapa de vida, pois proporcionam proteção, apoio e amparo, quando precisam de cuidados em situação de doença e/ou nas atividades de vida diária, confidenciar coisas importantes, dialogar quando estão tristes e nervosos, ajudando a que se sintam amados e valorizados, contribuindo assim para uma melhor autoestima. Quando o indivíduo continua a sentir que pode ser amado e compreendido pelos outros, independentemente de suas circunstâncias de vida, desenvolve uma capacidade de resiliência e acaba por ter uma maior motivação para superar os desafios, adotando uma postura mais positiva perante a vida (Bertoletti & Junges, 2014). Neste sentido, consideramos a hipótese de que os participantes do nosso estudo sentem algum conforto através do suporte social em que estão inseridos, neste caso pode ser através do meio institucional que se encontram e/ou

através do contato que estabelecem com os familiares e amigos, o que possivelmente poderá influenciar na qualidade de vida e no entendimento sobre as percepções que tem nesta etapa de vida, favorecendo uma maior capacidade de recordar aspetos positivos, partilhando experiências do passado, melhorando a sua autoestima e adotando uma atitude mais positiva perante a vida.

No que concerne ao bem-estar espiritual, a subescala *ambiental* é a que apresenta valores mais elevados na amostra em estudo. Neste âmbito, Parente et al. (2018), evidenciam que as pessoas idosas que habitam em meio rural apresentam melhor bem-estar e saúde física, quando comparados com as pessoas idosas em meio urbano. Sequeira e Silva (2002) defendem que as pessoas idosas em ambiente rural, até que a autonomia motora lhes permita, continuam a desempenhar a atividade agrícola ou simplesmente a cuidar do seu quintal (e.g., os utentes que se encontram em CD podem continuar a desempenhar estas atividades), acabam por ter um nível de atividade minimamente adequado às suas competências e necessidades, permitindo-lhes continuar ativos, promovendo o sentimento de capacidade, competência, utilidade e fundamentalmente contribui para a manutenção da autoestima e ligação com o ambiente. Uma hipótese explicativa para este resultado pode estar relacionada com o facto destes participantes serem oriundos e estarem inseridos em instituições maioritariamente em meio rural, que caracteriza o concelho onde foi realizado este estudo, permitindo usufruir de uma maior proximidade e contato com a natureza, na qual têm espaços verdes para relaxar e desfrutar de momentos ao ar livre, contribuindo para a realização de caminhadas, a participação de atividades na horta em meio institucional, o convívio com os outros utentes, a contemplação da paisagem e do jardim que transmite conforto, harmonia, tranquilidade e paz interior. Grande parte dos participantes tinham como atividade profissional e/ou ocupacional a agricultura, o que também ajuda a explicar o resultado nesta subescala.

Relativamente ao autocriticismo, a subescala com valores mais elevados é a *Eu Tranquilizador*. Neste contexto, importa referir que o *Eu Tranquilizador* está relacionado com a forma como as pessoas lidam com as suas incapacidades, tendendo a apresentar uma atitude positiva, de reconforto e compaixão para com o *eu* (Amaral et. al., 2010). O fator idade pode contribuir para uma visão mais positiva do *eu*, ou seja, com o avançar dos anos, faz com que os indivíduos se tornem mais autocompassivos (Gilgen & Michels, 2019). Uma hipótese explicativa para estes dados pode estar relacionada com o facto de o processo de envelhecimento, o trajeto de vida e as experiências de vida significativas possibilitarem o

amadurecimento e a capacidade de conhecimento em relação ao seu *eu* interior, bem como, a aquisição de competências pessoais e aprendizagens que proporcionam um sentimento de maior segurança e serenidade. Face às alterações físicas, psicológicas e/ou sociais e às adversidades da vida e/ou situações que não acontecem como o expectável, estes participantes conseguem autotranquilizar-se, ter uma atitude mais positiva e proteger o seu *eu*.

O terceiro objetivo estipulado, remete para a análise das diferenças na qualidade de vida, bem-estar espiritual e autocriticismo em função de algumas variáveis sociodemográficas e de saúde subjetiva. Neste sentido, os resultados evidenciaram que os participantes com escolaridade revelam melhor qualidade de vida, em específico, no domínio das *relações sociais*. Carvalho e Dias (2011) descrevem que a qualidade de vida, quer a nível de bem-estar físico, funcional e psicológico se encontra relacionada com o convívio, a atividade social, o sentir-se integrado e útil na família e na comunidade. Segundo o mesmo autor, a qualidade de vida das pessoas sob resposta social, além da adaptação e integração na instituição, depende da manutenção das ligações afetivas próximas, quer através das relações familiares ou de amigos, que ajudam no combate à solidão e evitam ou reduzem o isolamento social. Em oposição, Martins et al. (2020), consideram que as pessoas idosas com maior escolaridade evidenciam maior qualidade de vida no domínio físico e pior no domínio das relações sociais. No entanto, em consonância com o nosso estudo, a literatura documenta que a educação tem um papel fundamental para a inclusão social, proporcionando aos indivíduos uma maior capacidade de se expressar, capacitando para o exercício dos seus direitos, facilitando a socialização e a troca de experiências, contribuindo deste modo para uma melhor qualidade de vida das pessoas idosas (Leite & França, 2016). Uma hipótese explicativa para estes dados pode estar relacionada com o facto da maioria dos nossos participantes ter tido a oportunidade de estudar, embora os níveis de escolaridade sejam baixos. Desta forma, a aprendizagem promove o desenvolvimento de capacidades a vários níveis, incluindo nas relações sociais, proporcionando maior atividade social e mais facilidade na integração na instituição.

Os resultados evidenciaram que os sujeitos que começaram a frequentar a resposta social por iniciativa própria e os sujeitos que consideram o seu estado de saúde “moderado e bom” apresentaram ambos uma melhor qualidade de vida na *faceta geral*, bem como, ao nível do domínio *físico*, domínio *psicológico* e domínio das *relações sociais*. O facto de ingressarem na instituição por iniciativa própria pode contribuir para uma melhor adaptação ao contexto

e aceitação da nova realidade, explicando os resultados mais elevados no domínio psicológico e das relações sociais. Pereira (2010) refere na sua investigação que a perceção da qualidade de vida se deve especialmente ao facto de a pessoa idosa ter boa saúde física, maior independência, boas relações sociais e sentir-se bem com a vida. Em linha com estes resultados também podemos inferir que os sujeitos com melhor perceção de saúde subjetiva gozam de maior saúde física e autonomia, explicando o resultado no domínio físico.

Os dados obtidos revelam que as pessoas idosas com idade ≥ 86 anos e as mulheres, sentem um maior bem-estar espiritual *total* e ao nível *transcendental*. Estes resultados corroboram a literatura encontrada. Por exemplo, Simões et al. (2019) apresentam que as pessoas idosas dedicam-se muito mais à fé, às crenças e à espiritualidade, em comparação com outras etapas anteriores da vida. Assim como, o estudo de Diniz et al. (2018) descreve que quanto maior a idade dos sujeitos, maior a frequência em atividades associadas a práticas espirituais e religiosas. De acordo com o autor, o envelhecimento passa a ser enfrentado e superado com base na fé e/ou religião, que lhes dá forças para superarem as situações quotidianas, proporcionando alívio do sofrimento, ajudando também a encontrarem um sentido da vida e paz. Salientamos, o estudo de Gutz e Camargo (2013), que defendem que as pessoas idosas revelam uma consciência mais profunda e positiva ligada à necessidade de aproximação com Deus ou um ser superior. Por sua vez, a espiritualidade parece ser diferenciada tanto pelo género, como pela prática religiosa. No estudo de Amorim e Soares (2015) as mulheres apresentam valores médios mais elevados de espiritualidade e crenças, em comparação com os homens. Neves et al. (2018) também concluíram que as mulheres obtiveram pontuações mais elevadas do que os homens no bem-estar espiritual. Com a perspetiva de que a vida estará perto do fim, as pessoas mais velhas tendem a voltar-se mais para o transcendental, para Deus, recorrendo à meditação ou oração como forma de melhor lidar com esta fase da vida, potenciando uma maior sensação de paz e aceitação.

Constatou-se que os participantes com escolaridade também sentem um maior bem-estar espiritual *comunitário*. Neste âmbito, os nossos resultados diferem dos de Amorim e Soares (2015), que mencionam que os indivíduos sem escolaridade são os que têm mais crenças, quando comparados com os que têm escolaridade. Gouveia et al. (2009) contribuem para compreendermos a vertente do bem-estar espiritual *comunitário*, revelando a importância das relações interpessoais no que diz respeito à moralidade, cultura e religião. Uma hipótese que pode explicar os nossos resultados aponta para a importância do bem-estar ao nível das *relações sociais* nas pessoas idosas com especial relevância para aqueles

com escolaridade. Anteriormente, já se observou que para estes sujeitos as relações interpessoais são essenciais para poderem formar vínculos, conviver, entretajudarem-se, mas também como mecanismo de adaptação a circunstâncias adversas. As pessoas com escolaridade poderão ter tido experiências e acesso a conhecimentos que de alguma forma potenciaram uma maior capacidade de ligação aos outros contribuindo para uma maior sensação de bem-estar espiritual *comunitário*.

Os resultados também indicam que as pessoas que ingressaram na instituição por iniciativa própria sentem um maior bem-estar espiritual ao nível *peçoal*. A espiritualidade permite às pessoas viver um sentido de transcendência, que está ligada a uma compreensão do sentido da vida, propiciando a contemplação e reflexão sobre as vivências (Kovács, 2007). Neste sentido, a espiritualidade reflete a essência do ser humano, que procura um sentido para a existência, questionamentos interiores e a busca pela solução dos problemas (Leite & Seminotti, 2013). Silva e Silva (2014) acrescentam que a espiritualidade envolve um vasto conjunto de valores íntimos, como as relações interpessoais, harmonia, completude interior. Podendo colocar-se a hipótese que maiores níveis de espiritualidade estão relacionados com a capacidade para enfrentar as adversidades, ajudando a fomentar o reencontro consigo mesmo, contribuindo para um maior autoconhecimento e autoconsciência sobre as suas capacidades e limitações que advêm do processo de envelhecimento, tomando a iniciativa de procurar o apoio através das instituições de forma a colmatar as suas dificuldades ou simplesmente para poder fomentar as relações com outros utentes e vivenciar este momento da sua vida de uma forma mais tranquila e em paz consigo mesmo e com o meio que rodeia.

As pessoas que consideram o seu estado de saúde “moderado e bom” também sentem um maior bem-estar espiritual ao nível *peçoal* e *total*. A literatura documenta que a espiritualidade é vista como uma dimensão promotora de bem-estar *peçoal* que implica a reflexão de questões existenciais, ou seja, de significados e propósitos, transcendendo o mundo quotidiano onde a pessoa se conecta a algo “maior” que a si própria (Saad et al., 2001). Os nossos resultados apoiam o estudo de Marques (2003), que evidencia uma ligação entre a espiritualidade e a saúde, ou seja, os indivíduos que manifestaram um maior bem-estar espiritual foram aqueles que avaliaram a sua saúde de forma positiva. As pessoas com maiores níveis de bem-estar espiritual *peçoal* e *total* lidam melhor com os desafios, encontrando paz interior e uma maior capacidade de se autotranquilizar em contexto institucional, contribuindo também para a perceção de um melhor estado de saúde.

Constatou-se que os participantes que estão em ERPI são mais autocríticos, tendo pontuações mais elevadas na subescala *Eu Inadequado*. Já o grupo de sujeitos que frequentam a resposta social por falta de apoio familiar, perda do cônjuge ou de autonomia têm pontuações mais elevadas nas subescalas *Eu Inadequado* e *Eu Detestado*. O estudo de Castilho e Pinto-Gouveia (2011), mencionam que a existência de problemas emocionais poderá potenciar o autocriticismo na forma de *Eu Inadequado* e *Eu Detestado* representando também como um fator de vulnerabilidade para a doença mental (*e.g.*, sintomatologia depressiva). Castilho et al., (2010) referem que o autocriticismo é gerado quando os indivíduos sentem que falharam em algo importante ou quando alguma situação correu menos bem. Posto isto, é possível partir da hipótese que os sujeitos em ERPI são mais autocríticos e os que maioritariamente ingressam na instituição devido a perdas na sua vida (*e.g.* cônjuge, suporte social, autonomia), possivelmente têm uma pior perceção de saúde, uma vez que no seu dia-a-dia também apresentam algumas limitações (*e.g.* locomoção, incapacidade de autocuidado) que dificultam a realização das suas tarefas, ao terem de lidar com as suas perdas e possíveis limitações poderão sentir-se inferiorizados e derrotados pelos próprios pensamentos críticos, tornando-se mais suscetíveis à vulnerabilidade perante as adversidades do processo de envelhecimento, o que poderá levar a uma maior dificuldade de aceitação dos fracassos e/ou desapontamentos consigo próprio (*Eu Inadequado*). Por sua vez, as sucessivas perdas na vida de uma pessoa com idade avançada, desde a perda de autonomia, a incapacidade de realizar as tarefas básicas, a papéis sociais, a entes queridos, o afastamento da sua residência e a ausência das pessoas próximas que causam sofrimento, podem desencadear sentimentos de inferioridade, desvalorização e rejeição. A autoimagem negativa que tem do seu *eu*, faz com que a pessoa adote comportamentos destrutivos e emoções negativas (*e.g.*, raiva, ódio, repugnância) pela incapacidade de lidar com os seus problemas e ou fracassos, levando deste modo, a percecioná-los como inultrapassáveis causando frustração (*Eu Detestado*).

Importa ainda destacar que os sujeitos que consideram o seu estado de saúde “mau e bastante mau” têm pontuações mais elevadas na subescala *Eu Detestado* do autocriticismo. No entanto, os que consideram o seu estado de saúde como “moderado e bom” têm valores mais elevados na subescala *Eu Tranquilizador*. No que diz respeito ao estado de saúde, constata-se que a tendência perante situações de fracasso remete para respostas mais destrutivas, com base em sentimentos de ódio, raiva e auto repugnância, conduzidos pelo desejo agressivo para se magoar a si mesmo (Amaral et al., 2010). Uma hipótese explicativa

para estes dados pode estar relacionada com a percepção de saúde das pessoas adultas de idade avançada, ou seja, a incapacidade e a dependência elevadas podem levar a que considerem ter um pior estado de saúde, podendo contribuir para os níveis de autocriticismo (*Eu Detestado*), uma vez que perante a sua incapacidade tendem a ter respostas mais destrutivas, com base em sentimentos de raiva e autorepugnância. Contudo, as pessoas que percecionam o seu estado de saúde como “moderado e bom” revelam maior capacidade de se autotranquilizar ao lidar com as suas limitações e incapacidades, conseguindo apresentar uma atitude mais positiva, calma e ter maior compaixão para com o *eu* nos momentos mais difíceis (Amaral et al., 2010).

Relativamente ao nosso último objetivo que corresponde à análise da relação entre as variáveis em estudo, os dados obtidos demonstram que a *faceta geral* da qualidade de vida se relaciona positivamente com o bem-estar espiritual *total*. O estudo de Pilger et al., (2017) e de Costa e Terra (2013) corroboram o nosso estudo, visto que, obtiveram os mesmos resultados. Neste sentido, o bem-estar espiritual é considerado como um fator de proteção, transmitindo segurança, quando a pessoa é confrontada com circunstâncias adversas da vida (Celich et al., 2010). A espiritualidade desempenha um papel importante para as pessoas idosas, na medida em que podem experienciar situações de maior vulnerabilidade (*e.g.*, doença, abandono, perda de entes queridos, perda de autonomia); (Dias & Pais-Ribeiro, 2018; Pontes et al., 2020) favorecendo a forma como lidam com estes desafios o que se reflete na sua qualidade de vida. Miranda e Banhato (2008) evidenciam que a religiosidade, que tende a estar relacionada com os níveis de espiritualidade, é um fator que pode influenciar positivamente a qualidade de vida das pessoas idosas, uma vez que favorece os relacionamentos interpessoais e diminui a sensação de solidão ou vazio. Nunes et al. (2017) ainda acrescentam que a qualidade de vida dos sujeitos com idade avançada está associada com a autoestima e com o bem-estar pessoal e espiritual.

A qualidade de vida (*faceta geral*) relaciona-se positivamente com a subescala do autocriticismo *Eu Tranquilizador*. Nesse sentido, o estudo de Paskulin et al. (2010) demonstra que o que as pessoas idosas associam ao envelhecer com qualidade de vida tem por base ter compaixão, aceitação e sentimentos positivos, desde, alegria de viver, sentir-se bem, e viver em paz. Além disto, a qualidade de vida é influenciada da interpretação que cada pessoa faz dos factos e acontecimentos da sua vida, está relacionada com a percepção subjetiva dos mesmos (Xavier et al., 2003), com a percepção de saúde mas também com as condições objetivas em que vive. Uma hipótese explicativa para este resultado pode estar

associada à subjetividade da percepção dos acontecimentos que provavelmente interfere com o seu bem-estar e qualidade de vida percebida, em alguns momentos da sua vida. O facto de a pessoa conseguir adotar uma perspetiva mais calorosa e ser mais compassiva consigo própria está relacionado com uma análise mais positiva das suas circunstâncias de vida e da sua qualidade de vida.

O estudo demonstrou que a qualidade de vida está associada positivamente com a percepção do estado de saúde. De acordo com Luisa (2020), a qualidade de vida e a saúde estão interligadas, uma vez que a saúde é uma componente da qualidade de vida, podendo esta ser influenciada por aspetos físicos, sociais e psicológicos, interferindo na percepção que a pessoa tem de si própria e da vida (Carneiro et al., 2012), assim podemos deduzir que cada sujeito dispõe de vivências, expetativas e experiências que podem influenciar a percepção que tem sobre a sua saúde, sendo que só o próprio sabe expressar como se sente.

A qualidade de vida (*faceta geral*) também se correlaciona negativamente com o autocriticismo nas subescalas *Eu Detestado* e *Eu Inadequado*. Paskulin et al. (2010), concluíram que para ter qualidade de vida é necessário ter pensamentos positivos, assim como, viver e sentir-se bem, ter alegria de viver, estar em paz consigo próprio. Podemos formular a hipótese que os participantes do nosso estudo procuram vivenciar este processo de envelhecimento de forma tranquila, permanecendo em paz consigo próprio, focando no seu bem-estar psíquico e físico, fomentando os relacionamentos interpessoais e investido no seu autocuidado, conseguindo afastar sentimentos de ódio e repugnância pelo *eu* (*Eu Detestado*) bem como, uma maior aceitação dos seus fracassos e desapontamentos consigo mesmo, distanciando-se assim dos pensamentos críticos (*Eu Inadequado*), sendo capaz de aceitar as suas próprias limitações, gerir os seus desafios tendo um maior controlo sobre as suas emoções.

O bem-estar espiritual *total* relaciona-se positivamente com a subescala *Eu Tranquilizador* do autocriticismo. Frumi e Celich (2006) documentaram que o processo de envelhecimento permite atingir o amadurecimento em relação ao seu *eu* interior, às crenças e valores espirituais, vivenciado esta etapa da vida de uma forma mais serena. A espiritualidade proporciona bem-estar, significado, esperança, conforto, mesmo em situações de sofrimento (Pilger et al., 2017). Neste sentido, podemos levantar a hipótese que as pessoas idosas quando vivenciam situações stressantes ou quando se deparam perante o erro/falha conseguem criar um mecanismo de defesa através da espiritualidade, de modo a se autotranquilizarem, reconfortarem e adquirirem uma atitude mais positiva.

O bem-estar espiritual *total* relaciona-se positivamente com a perceção do estado de saúde. Os participantes envolvidos no estudo de Martins et al. (2020), consideram que a saúde não se restringe simplesmente aos fatores físicos, englobam também os psicológicos, sociais, económicos, ambientais, de segurança e proteção, assim como crenças e valores morais e espirituais. Os resultados do estudo de Marques (2003) corroboram o nosso estudo, visto que obtiveram os mesmos resultados. Uma hipótese explicativa para este resultado, pode estar relacionada com o facto de a espiritualidade poder funcionar como um recurso interno para enfrentar situações de crise, através da crença num Ser Superior, facilitando o mecanismo de adaptação e aceitação, uma vez que, o processo de envelhecimento pode ser acompanhado de perdas físicas e emocionais que potenciam situações de maior fragilidade.

O bem-estar espiritual *total* relaciona-se negativamente com o autocriticismo na subescala *Eu Detestado*. Simões et al. (2019) consideram que alguns indivíduos aceitam e adaptam-se de forma natural as mudanças (físicas e biológicas) decorrentes da idade, mas outros vivenciam estas modificações com algum sofrimento. Neste âmbito, Almeida e Stroppa (2009) consideram que a espiritualidade ajuda as pessoas idosas na aceitação e compreensão face ao sofrimento, doença e morte. Contudo, consideramos a hipótese de que a espiritualidade tem impacto nos diferentes domínios do funcionamento psicológico e que poderá dar um contributo importante para os indivíduos lidarem com as suas circunstâncias de vida, no caso da amostra em estudo, poderá contribuir para que as pessoas idosas se autocritem menos, tendo uma postura mais tolerante para com elas próprias.

Salientamos a subescala *Eu Tranquilizador* do autocriticismo, uma vez que se associa positivamente com a perceção do estado de saúde. Neste âmbito, Luisa (2020) refere na sua pesquisa que para as pessoas idosas considerarem bom o seu estado de saúde é relevante sentirem-se bem psicologicamente, com uma autoimagem positiva, estarem felizes e com uma vida tranquila, bem como, ter uma atitude de autoaceitação face a sua condição de saúde. Assim, podemos formular a hipótese que a perceção de saúde se encontra intimamente ligada à tranquilidade, ou seja, à capacidade que as pessoas idosas têm de continuar a cuidar e gostar de si próprias e principalmente associada à capacidade de recordarem os aspetos positivos, mesmo perante situações em que possam sentir-se dececionadas.

Por fim, o autocriticismo (*Eu Detestado*) relaciona-se negativamente com a perceção do estado de saúde. Apesar da escassez de estudos com o autocriticismo em pessoas idosas, avançamos com uma hipótese explicativa, ou seja, consideramos que com o avançar da idade a autoperceção do estado de saúde piora, dado que as pessoas tendem a apresentar mais

problemas de saúde, como a incapacidade funcional e o aumento das doenças crónicas. As limitações/incapacidades e o seu impacto ao nível da autonomia/independência podem desencadear a tendência para se autocriticarem, manifestando-se através da autopunição e sentimentos de repugnância pelo *eu*.

A parte final desta dissertação remete para os contributos, limitações e sugestões que devem ser consideradas em estudos futuros.

Podem ser referidas como limitações as dificuldades que as pessoas idosas apresentaram ao nível da compreensão de algumas questões do protocolo de investigação, que foram prontamente esclarecidas pela investigadora e de forma a não condicionar as respostas.

Tendo em conta a falta de estudos que utilizem a *Escala das Formas do Autocriticismo e Autotranquilização* (FSCRS) com pessoas idosas e a escassez de literatura neste âmbito, a comparação de resultados deste estudo com outros foi dificultada. Contudo, esta limitação pode constituir um contributo, uma vez que utiliza um instrumento pouco explorado na população com idade avançada.

Ressaltamos ainda que esta pesquisa apresenta como limitação o seu desenho transversal, o que dificulta o estabelecimento de relações de causalidade entre as variáveis e não se podendo generalizar os resultados obtidos à população de pessoas idosas portuguesas.

Acreditamos que futuramente seria pertinente que o estudo fosse replicado em formato longitudinal, numa amostra de maior dimensão que apresente uma maior heterogeneidade e noutros concelhos, no sentido de obter dados mais representativos da população com idade avançada. Além disso, para futuras investigações seria pertinente investigar também estas variáveis em pessoas idosas que não frequentem uma resposta social. Em alternativa, explorar outras variáveis, como por exemplo, os traços de personalidade e perceber a relação que têm com a qualidade de vida, espiritualidade e autocriticismo em pessoas idosas.

Conclui-se que existem associações entre a qualidade de vida, o bem-estar espiritual, o autocriticismo/autotranquilização e a perceção do estado de saúde. Os participantes com maiores níveis de bem-estar espiritual lidam melhor com os desafios, apresentando uma maior capacidade de autotranquilização e uma melhor perceção de saúde. As pessoas idosas que percecionaram o seu estado de saúde como “moderado e bom” revelam maior capacidade de se autotranquilizarem e de autocompaixão. Enquanto os que percecionavam o seu estado de saúde “bastante mau e mau” apresentaram maiores níveis de autocriticismo na subescala *Eu Detestado*.

Esta investigação de carácter exploratório vem dar um contributo importante para o

enriquecimento científico e expansão do conhecimento, através da inclusão de uma variável pouco abordada na literatura nesta faixa etária – autocriticismo – e que pode contribuir de forma importante para os níveis de qualidade de vida.

De modo a contribuir para que as pessoas envelheçam com uma melhor qualidade de vida e com maiores níveis de bem-estar é necessário reforçar a intervenção psicológica em contexto institucional. Por isso, torna-se relevante a implementação de programas nas instituições que promovam a qualidade de vida das pessoas idosas, especificamente ao nível da autocompaixão, uma vez que maiores níveis de autocriticismo se relacionam com níveis mais baixos de qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

- Almeida, A., & Stroppa, A. (2009). Espiritualidade e saúde mental: importância e impacto da espiritualidade na saúde mental. *Zen Review*, 2(1), 1–6.
- Alves-Silva, J., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. (2013). Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4), 820–830. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400023>
- Amaral, V., Castilho, P., & Pinto Gouveia, J. (2010). A contribuição do auto-criticismo e da ruminação para o afecto negativo. *Psychologica*, II(52), 271-292. https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-2_11
- Amorim, M., & Soares, A. (2015). Qualidade de vida e espiritualidade em pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2, 45–50.
- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 40(1), 185–199.
- Baião, R., Gilbert, P., McEwan, K., & Carvalho, S. (2015). Forms of Self-Criticising/Attacking & Self-Reassuring Scale: psychometric properties and normative study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 438–452. <https://doi.org/10.1111/papt.12049>
- Balbinotti, H. (2017). A importância da espiritualidade no envelhecimento. *Memorialidades*, 27(4), 13–44. Retrieved from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000400793&lng=pt&tlng=pt
- Bertoletti, E., & Junges, J. R. (2014). O autocuidado de idosas octogenárias: desafio à Psicologia. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(3), 285–303. Retrieved from <http://ken.pucsp.br/kairos/article/view/23019>
- Borges, E., Batista, K. R. O. B., Andrade, L. E., Sena, P. L. S. C., Soares, N. M. M., Silva, F. B., & Hernández, M. (2017). O envelhecimento populacional um fenómeno mundial. In E. Dantas & C. Santos (Eds.), *Aspetos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade* (pp.17–46). Unoesc.
- Cabral, M. V., & Ferreira, P. M. (2014). *Envelhecimento ativo em Portugal: trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Fundação Franscico Manuel dos Santos.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Gameiro, S., Paredes, T. & Carona, C. (2007). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde. WHOQOL-BREF. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos*

- validados para a população Portuguesa.* (Vol. III, pp. 77–100). Quarteto Editora.
- Câmara Municipal de Cantanhede (2013). *Roteiro de Cantanhede*. https://www.cm-cantanhede.pt/mcsite/media/upload/2013/2013528164954_Roteiroturisticocantanhede.pdf
- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialbo, J. de S., & Sacadura, M. J. (2012). O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade. *Povos E Culturas*, (16), 13–32. <https://doi.org/https://doi.org/10.34632/povoseculturas.2012.8899>
- Cartaxo, H., Silva, E., Santos, A., Siqueira, P., Pazzola, C., & Freitas, C. (2012). Perceção de idosas sobre o envelhecimento com qualidade de vida: subsídio para intervenções públicas. *Rev Rene*, 13(1), 158–168.
- Carta Social (2018). *Rede de Serviços e Equipamentos – Relatório 2018*. Retrieved from <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csocal2018.pdf/a15c531a-6e04-471d-b94f-1f34b08c6bd6>
- Carvalho, A., & Faria, S. (2014). Demência nos idosos. In A. Fonseca (Eds.), *Demência na terceira idade: contributos teóricos, competências a mobilizar e estratégias de intervenção*. (pp. 7–24). ADRAVE – Agência de Desenvolvimento Regional do Vale do Ave, SA.
- Carvalho, M., & Dias, M. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 40, 161–184.
- Castilho, P., Pinto Gouveia, J., & Amaral, V. (2010). Recordação das experiências de ameaça e subordinação na infância e psicopatologia: o efeito mediador do auto-criticismo. *Psychologica*, II(52–II), 475–497. https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-2_20
- Castilho, P., Pinto Gouveia, J., & Bento, E. (2010). Auto-criticismo, vergonha interna e dissociação: a sua contribuição para a patoplastia do auto-dano em adolescentes. *Psychologica*, II(52–II), 331–359. https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-2_14
- Castilho, P., & Pinto Gouveia, J. (2011). Self-criticism: validation of the Portuguese version of the Forms of Self-criticizing/attacking and Self-reassuring Scale (FSCRS) and the Functions of Self-criticizing/attacking Scale (FSCS). *Psychologica*, (54), 63–86. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_3
- Castro, M., & Amorim, I. (2016). Qualidade de vida e solidão em idosos residentes em lar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 3, 39–44. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0115>
- Celich, K., Creutzberg, M., Goldim, J., & Gomes, I. (2010). Envelhecimento com qualidade

- de vida: a percepção de idosos participantes de grupos de terceira idade. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14(2), 226–232.
- Cimirro, P., Rigon, R., Vieira, M., Pereira, H., & Creutzberg, M. (2011). Qualidade de vida de idosos dos centros-dia do Regado e São Tomé – Portugal. *Enfermagem Em Foco*, 2(3), 195–198. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2011.v2.n3.134>
- Cordeiro, A., Santos, L., Paredes, L., Amado, M., Patrício, O., Manso, D., Barros, C., Cunha, F., Carvalho, G., Fernandes, L., Coelho, S., Marques, D., Paciência, A., Caridade, P., & Gama, R. (2013). *Carta social dinâmica do concelho de Cantanhede: uma estratégia de intervenção planeada*. Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra. Retrieved from http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisageral.php?pag=1&cod_distrito=08&cod_concelho=0&cod_freguesia=0&cod_area=21&cod_valencia=2107&temCert=false%5Cnhttp://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf
- Costa, F. B., & Terra, N. L. (2013). Espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em idosos. *Revista Geriatria e Gerontologia*, 7(3), 173–178. Retrieved from <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/2013-3.pdf>
- Daniel, F. (2009). Profissionalização e qualificação da resposta social “Lar de Idosos” em Portugal. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades*, 9(17), 65–74.
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2018). Espiritualidade e qualidade de vida de pessoas idosas: um estudo relacional. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(3), 591–604.
- Diniz, E., Leite, S., Silva, R., & Pagano, I. (2018). Religiosidade e espiritualidade associados à melhora da qualidade de vida do idoso. *Congresso Internacional Envelhecimento Humano*, (83). Retrieved from https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2017/TRABALHO_EV075_MD4_SA7_ID806_11102017200640.pdf
- Direção Geral da Segurança Social (DGSS). (2020). *Proteção social – pessoas idosas*. DGSS. Retrieved from http://www.seg-social.pt/documents/10152/16186053/Guia_protectao_social_pessoas_idosas.pdf/d5c582d0-595b-47e9-a650-21bf6035230e
- Duarte, Y., Lebrão, M., Tuono, V., & Laurenti, R. (2008). Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. *Saúde Coletiva*, 5(24), 173–177.
- Fernandes, A. M., Sousa, C. de, Valentim, O., Sousa, L., Vinagre, H., & Carvalho, J. C. (2020). Bem-estar e espiritualidade em adultos seniores. *Revista ROL de Enfermería*, 43(1,supl), 414–419. Retrieved from <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/2743>

- Ferreira, R. (2018). *Intenção suicida e sua relação com a psicopatologia, vergonha, autocriticismo e autocompaixão*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório do Instituto Superior Miguel Torga. <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/954>
- Freitas, M., & Scheicher, M. (2010). Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(3), 395–401. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232010000300006>
- Freitas, S., Simões, M., Martins, C., Vilar, M., & Santana, I. (2010). Estudos de adaptação do Montreal Cognitive Assessment (MoCA) para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 345–357. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v9n3/v9n3a02.pdf>
- Frumi, C., & Celich, K. (2006). O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*, 3(2), 92–100. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.78>
- Gaspar, A., Marques, M., Espírito-santo, H., Matreno, J., Fermino, S., Pena, I., Lemos, L., Amaro, H., Daniel, F., Guadalupe, S., & Simões, D. (2006). Memória a curto-prazo em idosos em lar e em centro de dia. *Avances en Psicología Clínica*, 28–31. Retrieved from <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/69>
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31–50. <https://doi.org/10.1348/014466504772812959>
- Gilgen, J. K., & Michels, M. (2019). *Um estudo sobre a autocompaixão e a satisfação da vida em idosos*. Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE). <https://doi.org/10.29327/4118214>
- Gouveia, M. J., Marques, M., & Pais-Ribeiro, J. L. (2009). Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): análise confirmatória da sua estrutura fatorial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 285–293.
- Guerreiro, M. (2010). Testes de rastreio de defeito cognitivo e demência: uma perspectiva prática. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26(1), 46–53. <https://doi.org/10.32385/rp-mgf.v26i1.10711>
- Guimarães, H. P., & Avezum, Á. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Archives of Clinical Psychiatry*, 34(1), 88–94. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007>

7000700012

- Gutz, L., & Camargo, B. (2013). Espiritualidade entre idosos mais velhos : um estudo de representações sociais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(4), 793–804. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000400013>
- Instituto Nacional de Estatística, IP. (2021). *Anuário Estatístico de Portugal - 2021* (112ª edição). INE. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpu
- Kovács, M. J. (2007). Espiritualidade e psicologia – cuidados compartilhados. *O Mundo Da Saúde*, 31(2), 246–255. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.200731.2.12>
- Leite, I., & Seminotti, E. (2013). A influência da espiritualidade na prática clínica em saúde mental: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira De Ciências Da Saúde*, 17(2), 189196. <https://doi.org/10.4034/RBCS.2013.17.02.13>
- Leite, L., & Rodrigues, A. (2017). A relação de amizade entre idosos institucionalizados e a rede social de apoio: uma pesquisa de levantamento. *Anais-V Congresso Internacional de Envelhecimento Humano*. Retrieved from <https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/34046>
- Leite, S., & França, L. (2016). A importância da intergeracionalidade para o desenvolvimento de universitários mais velhos. *Estudos e Pesquisas Em Psicologia*, 16(3), 831–853. <https://doi.org/10.12957/epp.2016.32760>
- Lima, D., Lima, M., & Ribeiro, C. (2010). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 7(3), 346–356. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2010.032>
- Luisa, C. (2020). Percepções sobre Saúde e Qualidade de Vida em Idosos Algarvios. *Educational Journal ESAMEC*, (1), 20–28. <https://doi.org/10.12795/esamec.2020.i01.03>
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística – com utilização do SPSS (5ª ed.)*. Edições Sílabo.
- Marques, L. F. (2003). A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(2), 56–65. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932003000200009>
- Martins, L. K., Carvalho, A. R. da S., Oliveira, J. L. C. de, Santos, R. P. dos, & Lordani, T. V. A. (2020). Qualidade de vida e percepção do estado de saúde entre indivíduos hospitalizados. *Escola Anna Nery*, 24(4), 1–8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0065>

- Martins, M. do R., Guerra, M. S., & Azeredo, Z. (2020). Qualidade de vida da pessoa idosa: estudo comparativo de alguns determinantes. *Gestão e Desenvolvimento*, 28, 139–158. <https://doi.org/https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2020.9469>
- Medeiros, P. (2012). Como estaremos na velhice? Reflexões sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polêm!Ca*, 11(3), 439 a 453. <https://doi.org/g/10.12957/polemica.2012.3734>
- Miranda, L., & Banhato, E. (2008). Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos. *Psicologia Em Pesquisa-UFJF*, 2(01), 69–80. <https://doi.org/10.24879/200800200100420>
- Neto, M. J., & Corte-Real, J. (2013). A pessoa idosa institucionalizada: depressão e suporte social. *Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia*, 1–16. Retrieved from [http://www.spgg.com.pt/UserFiles/file/A pessoa idosa institucionalizada.pdf](http://www.spgg.com.pt/UserFiles/file/A%20pessoa%20idosa%20institucionalizada.pdf)
- Neves, M., Queiroz Garcia, I., Espírito-Santo, H., & Lemos, L. (2018). Validação da versão portuguesa de Spiritual Well-Being Questionnaire em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa De Investigação Comportamental E Social*, 4(1), 34–42. <https://doi.org/10.31211/rpics.2018.4.1.70>
- Nunes, M., Leal, M., Marques, A., & Mendonça, S. (2017). Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. *Saúde Em Debate*, 41(115), 1102–1115. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711509>
- Oliveira, M. R. de, & Junges, J. R. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 469–476. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000300016>
- Parente, L., Cunha, M., Galhardo, A., & Couto, M. (2018). Autocompaixão, bem-estar subjetivo e estado de saúde na idade avançada. *Revista Portuguesa De Investigação Comportamental E Social*, 4(1), 3–13. <https://doi.org/10.31211/rpics.2018.4.1.57>
- Paskulin, L. M. G., Córdova, F. P., Costa, F. M. da, & Vianna, L. A. C. (2010). Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(1), 101–107. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002010000100016>
- Pereira, A. (2010). Percepção do idoso sobre o seu nível de Qualidade de Vida. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia. Universidade Sénior Contemporânea.*, III(2), 27–34.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (6ª ed.). Edições Sílabo.

- Pilger, C., Santos, R., Lentsck, M., Marques, S., & Kusumota, L. (2017). Bem-estar espiritual e qualidade de vida de idosos em hemodiálise. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 689–696. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0006>
- Pontes, M., Vidal, D., & Meneses, R. (2020). *Espiritualidade, promoção da saúde e qualidade de vida em idosos: revisão sistemática da literatura*. *Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior - Covilhã. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10284/8475>
- Rayol, B., Cruz, E., Neto, M., & Pedroso, J. (2020). Relações de amizade entre idosos em instituições de longa permanência. *Revista de Psicologia Da IMED*, 12(1), 53. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2020.v12i1.3298>
- Regazzi, I., Belmonte, T., Knupp, V., Valviesse, V., Barros, L., Netto, N., & Athayde, C. (2017). *Formas de promoção da saúde do idoso*. In E. Dantas & C. Santos (Eds.), *Aspetos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade* (pp.233-264). Unoesc.
- Ribeiro, A. (2017). *Atributos de Psicopatia Primária e Secundária, Autocriticismo e Vergonha*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório do Instituto Superior Miguel Torga. <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/714>
- Saad, M., Masiero, D., & Battistella, L. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, 8(3), 18–23. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v8i3a102355>
- Santos, G., & Sousa, L. (2012). A espiritualidade nas pessoas idosas: influência da hospitalização. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(4), 755–765. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000400014>
- Santos, S., Santos, I., Fernandes, M., & Henriques, M. (2002). Qualidade de Vida do Idoso na Comunidade: Aplicação da Escala de Flanagan. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(6), 757–764. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000600002>
- Sequeira, A., & Silva, M. (2002). O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3(XX), 505–516. <https://doi.org/https://doi.org/10.14417/ap.336>
- Silva, J., & Silva, L. (2014). Relação entre religião, espiritualidade e sentido da vida. *Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial*, 3(2), 203–215.
- Simões, M. R., Freitas, S., Santana, I., Firmino, H., Martins, C., Nasreddine, Z., & Vilar, M. (2008). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Manual de administração e cotação (versão portuguesa)*. Laboratório de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

- Simões, S., Lemos, L., Galhardo, J., & Oliveira, M. (2019). Espiritualidade e envelhecimento. In H. Espírito-Santo & F. Daniel (Eds.), *Trajetos do envelhecimento: perspectivas teóricas e empíricas* (pp. 313–351). Imprensa da Universidade de Coimbra. https://doi.org/10.14195/978-989-26-1737-4_7
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364–371. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000300016>
- Thurrow, A. C., Charão, C. D. S., Mortagua, E. D. O., & Souza, L. D. de M. (2018). Bem-Estar Espiritual e Religião em Doutorandos de Universidade Comunitária. *Revista de Psicologia Da IMED*, 9(2), 77. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i2.2169>
- Valente, T., Tavares Quelho, C., Rodrigues Cavalcanti, A., & De Oliveira Carmos, H. (2016). Espiritualidade, religiosidade e saúde: velhos debates, novas perspectivas. *Interações*, 11(20), 85–97. <https://doi.org/10.5752/P.1983-2478.2016v11n20p85>
- Vaz Serra, A., Canavarro, C. M., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41–49.
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246–252. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2005000300006>
- Xavier, F. M. F., Ferraz, M. P. T., Marc, N., Escosteguy, N. U., & Moriguchi, E. H. (2003). A definição dos idosos de qualidade de vida. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 31–39. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000100007>

APÊNDICES

Apêndice A

Pedido de autorização aos Diretores Técnicos das Instituições

Exmo.(a) Senhor(a) _____,

Assunto: Pedido de autorização para aplicação dos instrumentos de investigação

Eu, Catarina Martinho Guedes, na qualidade de discente do Mestrado em Psicologia Clínica no Ramo de Terapias Cognitivo-Comportamentais, do Instituto Superior Miguel Torga em Coimbra, venho por este meio solicitar a V. Ex.^a a autorização para desenvolver um trabalho de investigação no _____ nas valências de Centro de Dia e/ou ERPI, no âmbito da dissertação de Mestrado, sob orientação da Professora Doutora Laura Lemos.

Este estudo insere-se no Projeto Trajetórias do Envelhecimento, do Instituto Superior Miguel Torga (ISMT), que tem como principal objetivo avaliar o funcionamento cognitivo e emocional de pessoas idosas.

O estudo a desenvolver pretende avaliar a relação entre espiritualidade e o funcionamento cognitivo e emocional de pessoas idosas sob resposta social do Concelho de Cantanhede. Para concretizar este objetivo será utilizado um questionário sociodemográfico, assim como alguns instrumentos de avaliação especificamente selecionados de acordo com as variáveis em estudo e adequados à população-alvo. Assim, através da administração dos instrumentos, não se espera causar qualquer desconforto ou mal-estar nos utentes, apenas avaliar determinadas características.

A participação neste estudo é voluntária. Por isso, antes de participar no estudo a pessoa idosa será informada do estudo e será assinada por este uma Declaração de Consentimento Informado e garantida a confidencialidade dos dados, que apenas se destinam ser tratados no âmbito da presente investigação.

Sem outro assunto de momento, agradeço desde já a vossa disponibilidade e colaboração. Disponibilizamos para qualquer esclarecimento, podendo contactar através do e-mail: cg.catarina.cg@gmail.com.

Assinatura da Discente

Declaro que autorizo o pedido supracitado,

Apêndice B

Consentimento Informado

Código de Identificação: _____

Declaração de Consentimento Informado

Caro/a Participante,

Este trabalho de investigação decorre no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica do Instituto Superior Miguel Torga em Coimbra, sob a orientação da Professora Doutora Laura Lemos.

Este estudo insere-se no Projeto Trajetórias do Envelhecimento, do Instituto Superior Miguel Torga (ISMT), que tem como principal objetivo avaliar o funcionamento cognitivo e emocional de pessoas idosas.

Convidamo-lo, deste modo, a colaborar neste estudo com fins estritamente académicos e científicos, que consistirá na aplicação de um questionário sociodemográfico e de alguns instrumentos de avaliação psicológica. É importante que responda a todas as questões para que os dados possam ser corretamente analisados. Nestes questionários não existem respostas certas ou erradas, por isso, deve responder o mais sinceramente possível.

A sua participação é muito importante, mas é voluntária e pode desistir em qualquer momento, todos os dados recolhidos têm garantia de confidencialidade e anonimato, sendo tratados apenas para efeitos de investigação científica. Disponibilizamos para qualquer esclarecimento sobre qualquer dúvida acerca do estudo, através do e-mail: cg.catarina.cg@gmail.com.

Desde já, agradeço a sua disponibilidade e preciosa colaboração.

Assinatura da investigadora: _____

Declaro que fui esclarecido acerca dos objetivos e procedimentos desta investigação e que aceito participar nela de livre vontade, além de autorizar o uso dos dados para os fins relacionadas com esta pesquisa.

Assinatura/Rubrica do participante: _____

_____, _____ de _____ de _____

Apêndice C

Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Código de Identificação: _____

Data de Recolha de Dados: ____/____/____

1. Data de Nascimento: ____/____/____
2. Idade _____ (anos)
3. Sexo: Masculino _____ Feminino _____
4. Nacionalidade: _____
5. Residência: _____ (Distrito) _____ (Concelho)
6. Meio Urbano _____ Meio Rural _____
7. Estado Civil: Solteiro _____ União de Facto _____ Casado _____
Divorciado/Separado _____ Viúvo _____
8. Grau de Escolaridade: Não sabe nem escrever _____ Sabe ler e escrever sem grau
de ensino _____ Ensino Básico Primário _____ Ensino Básico Preparatório
_____ Ensino Secundário _____ Ensino Médio _____ Ensino Superior _____
9. Profissão (Última) _____
10. Até que idade trabalhou _____ (anos)
11. Tem alguma atividade na comunidade ou algum hobby? Sim _____ Não _____ Se
sim, qual? _____
12. Tem filhos? Sim _____ Não _____ Se sim, Quantos? _____
13. Com quem vive? Esposo(a) _____ Filhos _____ Netos _____ Sozinho
_____ Outro _____ Qual? _____
14. Nome da Instituição: _____
15. Resposta Social: Centro de Dia _____ Estrutura Residencial para Idosos (Lar de
Idosos) _____
16. Há quanto tempo frequenta a resposta social? _____
17. Motivo da frequência da resposta social: Pessoal _____ Falta de apoio familiar
_____ Solidão _____ Perda de autonomia _____ Perda do Cônjuge _____ Outra
_____ Qual? _____

18. Como percebe o seu estado de saúde: Bastante mau _____ Mau _____ Nem Bom, Nem Mau _____ Bom _____ Bastante Bom _____

19. Sofre de alguma doença crónica? Sim _____ Não _____ Se sim, Qual?

20. Necessita de ajuda para realizar atividades? Sim _____ Não _____ Se sim, quais?

21. Com que frequência costuma estar com os seus familiares?

Muito frequentemente _____ Frequentemente _____ De vez em quando _____

Raramente _____ Nunca _____

22. Qual a sua crença em Deus? Nunca acreditei _____ Não acredito, mas já acreditei

_____ Tenho dúvidas _____ Agora acredito, mas antes não acreditava _____

Sempre acreditei _____

23. Considera-se uma pessoa: Nada religiosa _____ Pouco religiosa _____

Moderadamente religiosa _____ Bastante religiosa _____ Muito religiosa _____

24. Qual é a sua religião? Sem religião _____ Católica _____ Evangélico _____

Outra _____ Qual? _____

24.1. Praticante? Sim _____ Não _____

25. Observações: