



## Universidades Lusíada

Guedes, Liliana Georgete do Nascimento

### **Relação entre bem-estar subjectivo e a religiosidade na população idosa**

<http://hdl.handle.net/11067/4556>

#### **Metadados**

##### **Data de Publicação**

2019

##### **Resumo**

Resumo: Nas últimas três décadas, o Bem-Estar Subjetivo (BES) e a religiosidade têm sido alvo de grande interesse para a investigação em Psicologia. O estudo do Bem-Estar Subjetivo assenta num constructo complexo e multidimensional, definido pela forma como o indivíduo sente e pensa sobre a sua própria vida, envolvendo respostas emocionais e domínios de satisfação. Apesar deste interesse, são poucas as investigações nacionais que estabelecem a relação entre o BES e a religiosidade, ainda menor...

Abstract: Subjective well-being (SWB) and religiosity have been of great interest for research in psychology in the last three decades. The study of Subjective Well-Being is based on a complex and multidimensional construct, defined by the way the individual feels and thinks about his own life, involving emotional responses and domains of satisfaction. Despite this interest, there are few national investigations that seek the relationship between BES and religiosity, even smaller when we limit...

##### **Palavras Chave**

Psicologia, Psicologia clínica, Avaliação psicológica - Idosos - Aspectos sociais - Religião, Teste Psicológico - Escala de Tonalidade Emocional (PANAS), teste Psicológico - Escala breve de satisfação com a vida (EBVS)

##### **Tipo**

masterThesis

##### **Revisão de Pares**

Não

##### **Coleções**

[ULP-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T10:22:17Z com informação proveniente do Repositório

Dissertação  
para a obtenção  
do Grau de Mestre em:  
**Psicologia Clínica**



**RELAÇÃO ENTRE BEM-ESTAR SUBJETIVO  
E A RÊLIGIOSIDADE NA POPULAÇÃO IDOSA**

*Liliana Georgete do Nascimento Guedes*

**PORTO 2019**



**Instituto de Psicologia  
e Ciências da Educação**  
Universidade Lusíada - Norte (Porto)

Dissertação  
para a obtenção  
do Grau de Mestre em:  
**Psicologia Clínica**



**RELAÇÃO ENTRE BEM-ESTAR SUBJETIVO  
E A RÊLIGIOSIDADE NA POPULAÇÃO IDOSA**

*Lillana Georgete do Nascimento Guedes*

**PORTO 2019**

**ORIENTAÇÃO:**  
Professor Doutor Paulo Moreira



**Instituto de Psicologia  
e Ciências da Educação**  
Universidade Lusíada - Norte (Porto)

## Agradecimentos

Este momento marca o final de um percurso extremamente importante na minha vida, não posso deixar de agradecer às pessoas que caminharam comigo durante este trajeto e às que ao longo da minha vida me ajudaram, direta ou indiretamente, a cumprir todos os meus objetivos, culminando na realização desta dissertação de mestrado.

Agradeço ao meu orientador Professor Doutor Paulo Moreira pela sua ajuda e partilha de conhecimentos que transmitiu e ainda pela sua atenção, disponibilidade, paciência e toda a sua exigência.

À Professora Doutora Joana Oliveira pela simpatia e amabilidade sempre prestada. Pelo incentivo e ajuda em momentos de maior dificuldade.

Aos participantes e voluntários da pesquisa pois sem eles seria impossível a realização deste trabalho.

Agradeço ao Senhor Padre José Rodrigues por ter permitido a passagem dos inquéritos nas suas instituições assim como a sua simpatia e disponibilidade.

A todos os meus *amigos, colegas e companheiros*, que me acompanharam ao longo de todo o meu percurso académico, o meu muito obrigada por todas as conversas, conselhos e por tudo o que, mesmo em silêncio, fizeram por mim.

À minha *Família*, em especial à minha Mãe, expresso um enorme e profundo agradecimento por sempre acreditar em mim e naquilo que faço e por todos os ensinamentos de vida. Pelo seu apoio incondicional, a sua presença constante, a sua capacidade em me orientar e sobretudo pela forma com que conduziu a minha educação e os meus princípios, sem os quais não tinha chegado aqui. Não esquecendo todos os conselhos e palavras de conforto nos momentos de mais dificuldade e os sacrifícios que fez durante o caminho...foi simplesmente sensacional! Assim, à minha mãe, um agradecimento sentido e especial por fazer de mim a pessoa que hoje sou. Espero que esta etapa, que agora termino, possa, de alguma forma, retribuir e compensar todo o carinho, apoio e dedicação que constantemente me ofereceu. A ela, dedico todo este trabalho.

Aos demais, o meu sincero muito obrigada!

## Índice

Agradecimentos .....	i
Resumo .....	v
Abstract .....	v
Abreviaturas.....	iv
1. Introdução .....	1
1.1. Bem-estar subjetivo .....	7
1.1.1. Determinantes do bem-estar subjetivo .....	13
1.2. Religião, Religiosidade e espiritualidade .....	18
1.2.1. Relação da religiosidade no bem-estar subjetivo na população idosa.....	21
1.3. Tipo de estudo, questão de investigação e hipóteses.....	24
2. Metodologia.....	26
2.1. Participantes.....	26
2.2. Instrumentos .....	26
2.3. Recolha de dados .....	29
2.3.1. Análise de dados .....	30
3. Resultados.....	31
4. Discussão dos resultados .....	39
5. Referências.....	47

## **Índice de Figuras**

Figura 1. Pirâmide populacional mundial (1960-2060).....	2
Figura 2. Representação das relações entre as medidas subjetivas bem-estar, os fatores cognitivos e afetivos e as variáveis contextuais .....	8

## **Abreviaturas**

**BE** – Bem-estar

**BES** – Bem-estar Subjetivo

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

## Resumo

Nas últimas três décadas, o Bem-Estar Subjetivo (BES) e a religiosidade têm sido alvo de grande interesse para a investigação em Psicologia. O estudo do Bem-Estar Subjetivo assenta num constructo complexo e multidimensional, definido pela forma como o indivíduo sente e pensa sobre a sua própria vida, envolvendo respostas emocionais e domínios de satisfação. Apesar deste interesse, são poucas as investigações nacionais que estabelecem a relação entre o BES e a religiosidade, ainda menores quando limitamos o estudo à população idosa. Desta forma, a presente investigação visou verificar se existe uma relação entre bem-estar subjetivo e a religiosidade na população idosa. Participaram neste estudo 107 idosos, dos quais 46 (43%) são do sexo masculino e 61 (57%) do sexo feminino. Ao nível do estado civil destacam-se os casados (47.7%) e os viúvos (33.6%). Os participantes do estudo encontram-se distribuídos geograficamente entre Vila Real (39.8%), Porto (30.8%) e Bragança (29.0%). As diferentes componentes do Bem-Estar Subjetivo foram avaliadas tendo em conta a Escala de Tonalidade Emocional (PANAS) e a Escala Breve de Satisfação com a Vida. A avaliação do índice de religiosidade apoiou-se em 2 questões incorporadas no inquérito por questionário.

Os principais resultados permitem-nos afirmar que não existem diferenças significativas entre o Bem-Estar Subjetivo em função do género, contrastando com a religiosidade, onde as mulheres apresentam valores médios mais altos do que os homens. Verificaram-se relações significativas entre os domínios do BES e a religiosidade. Os resultados deste estudo contribuíram para uma melhor compreensão do Bem-Estar Subjetivo e a religiosidade em idosos.

**Palavras-chave:** Bem-estar subjetivo, Religiosidade, PANAS, WHOQOL-BREF, Idosos.



## **Abstract**

Subjective well-being (SWB) and religiosity have been of great interest for research in psychology in the last three decades. The study of Subjective Well-Being is based on a complex and multidimensional construct, defined by the way the individual feels and thinks about his own life, involving emotional responses and domains of satisfaction. Despite this interest, there are few national investigations that seek the relationship between BES and religiosity, even smaller when we limit the study to the elderly. Thus, the present research aimed to verify if there is a relationship between subjective well-being and religiosity in the elder population. The study included 107 elder people, of whom 43% were males and 57% were females. Regarding marital status we mainly have married individuals (47.7%) and widows (33.6%). The study participants were distributed geographically among Vila Real (39.8%), Porto (30.8%) and Bragança (29.0%). The different components of Subjective Well-Being were evaluated, considering the Emotional Tone Scale (PANAS) and the Brief Life Satisfaction Scale. The evaluation of the religiosity index was based on 2 questions incorporated in the questionnaire survey.

The main results allow us to affirm that there are no significant differences between Subjective Well-Being as a function of gender, contrasting with religiosity, where women present higher mean values than men. It was verified that there is a relationship between SWB domains and religiosity, although it is not strong. This study allowed to open horizons for a better understanding of Subjective Well-Being and religiosity in the elderly.

**Keywords:** Subjective well-being, Religiosity, PANAS, WHOQOL-BREF, Elderly.

## **1. Introdução**

O aumento da esperança média de vida e o conseqüente crescimento da longevidade dos indivíduos geraram uma grande mudança demográfica. Estamos perante um fenómeno de amplitude mundial: o envelhecimento populacional (Paúl, 2011; Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003).

O envelhecimento populacional depressa se apresentará como uma das maiores crises do século XXI. As últimas décadas registaram um aumento continuado do número de pessoas idosas, sendo que o número de indivíduos ativos na sociedade decaiu em prol de uma sociedade cada vez mais envelhecida. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), este aumento, mais verificado nos países desenvolvidos, deve-se especialmente ao declínio de mortes por doenças cardiovasculares e à alteração dos hábitos alimentares e tabagistas. Outros autores, como Camargos e Rodrigues (2008), consideram que fatores como as mudanças no modo de vida e o desenvolvimento das condições de saúde possam ter contribuído para o aumento da população idosa.

O envelhecimento da população tem na sua génese dois fatores: o aumento da longevidade e o declínio dos nascimentos. Já em 2001 a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) previa que em 2025 o número de idosos se elevaria exponencialmente, sendo que o grupo etário de maior crescimento seria nas idades iguais ou superiores a 80 anos (OMS, 2001). Mais recentemente, em 2015, esta instituição declarou que nas próximas décadas este crescimento implicaria a passagem dos 841 milhões de indivíduos com mais de 60 anos para 2 mil milhões.

Em Portugal, segundo os dados referentes às últimas cinco décadas do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012), entre 1960 e 1998 foi visível uma diminuição de

cerca de 35% dos jovens e um aumento de 114% da população com idade igual ou superior a 65 anos. Em 2011 manteve-se a tendência de crescimento de cerca 128%.

Os dados de projeção do INE (2012) da população indicam uma ligeira subida dos nascimentos, associado a um aumento da esperança de vida, no entanto o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões entre 2017 e 2080. Face ao decréscimo da população jovem, conjuntamente com o aumento da população idosa, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens em 2080. As previsões mais otimistas referem que envelhecimento da população portuguesa vai estabilizar apenas em 2049.

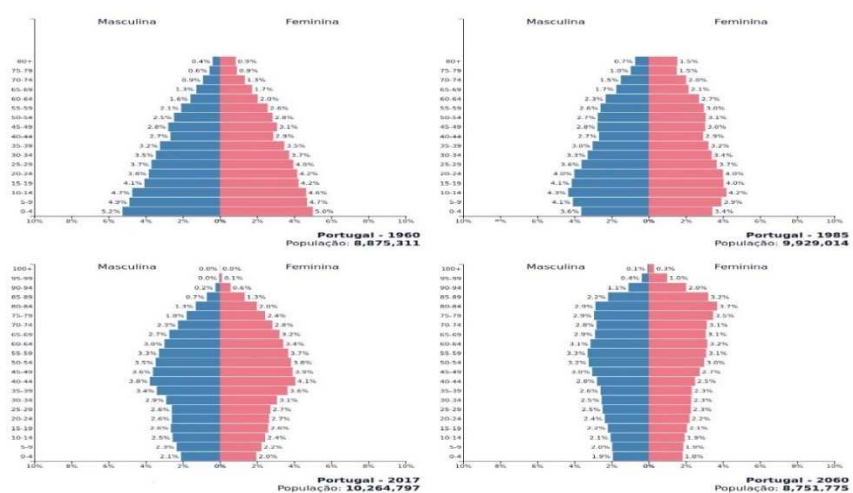


Figura 1. Imagem da pirâmide populacional de Portugal, referente ao período de 1960-2060. Adaptada de Wulf, M. (2017). Population Pyramids of the World from 1950 to 2100. Retirada de <http://www.populationpyramid.net/pt/mundo/2032>

As mudanças sofridas na estrutura demográfica estão bem presentes na análise comparativa das pirâmides etárias da população residente em Portugal (figura 1). Tem-se verificado que ao longo das últimas cinco décadas tem ocorrido um envelhecimento de duas maneiras (duplo envelhecimento): por um lado o envelhecimento da população e por

outro a diminuição dos nascimentos. Estes dois fatores refletem-se na alteração da pirâmide demográfica através do estreitamento da base e pelo alargamento do topo.

Segundo os dados estatísticos das Nações Unidas, em 2007, Portugal era o décimo país do mundo com elevada percentagem de idosos e o décimo quarto no índice de envelhecimento. Observando a figura 1, verificamos que na década de 60 a pirâmide populacional apresentava uma base ampla e superior ao topo que, em 2017, se modifica de forma brusca, assumindo uma configuração de um pinheiro. Isto acontece como consequência do contínuo estreitamento da sua base e o alargamento das idades intermédias e do topo. Este estrangulamento observado nas últimas décadas parece ser uma consequência das baixas taxas de natalidade, emigração, mas sobretudo aumento da esperança de vida (longevidade), a desertificação e a transformação do papel da família nas sociedades modernas (INE, 2012). Face a estes indicadores surgem novos obstáculos de saúde pública global como as doenças crónicas e o bem-estar da terceira idade (OMS, 2015).

Os processos de envelhecimento e as inerentes perdas psicossociais características desta etapa de vida, segundo Mella e colaboradores (2004) parecem limitar a perceção do idoso acerca das suas capacidades e limitações, bem como acerca não só dos aspetos positivos do ambiente que os rodeiam mas também da sua vida em geral. Ao definir-se os aspetos influenciadores da satisfação com a vida no idoso, será possível estes serem alterados de forma a influenciar positivamente a sua qualidade de vida e, consequentemente, o bem-estar subjetivo.

Vários investigadores (e.g., Cardoso & Ferreira, 2009) têm-se debruçado sobre o estudo das variáveis que influenciam o bem-estar subjetivo nas várias etapas de desenvolvimento do indivíduo, nomeadamente no processo de envelhecimento. Os resultados apontam que o bem-estar subjetivo sofre influência de um leque amplo de

fatores com diferentes características e de diferentes naturezas (socioeconómica, sociodemográfica, social, física). A saúde (Sarvimaki & Stenbock-Hult, 2000), a capacidade funcional (Moraes & Souza, 2005), as relações familiares (Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012) e o género e idade (Koo, Rie, & Park, 2004) são algumas destas variáveis.

Para Inga e Vara (2001) a família é a principal fonte de apoio emocional, segurança, cuidado e afeto dos idosos. Sobre o suporte social da população envelhecida, Fernández-Ballesteros e Izal (1992) apontam as relações positivas e redes de apoio como influenciadores de aspetos centrais do bem-estar subjetivo pois permitem ao idoso a manutenção de uma autoimagem positiva e uma maior autoestima. No entanto, nas últimas décadas, o papel da família tem sofrido inúmeras alterações ao nível da estrutura, composição e dimensão. O aumento das famílias unipessoais – muitas vezes refletido nos idosos a viverem sós – associado ao aparecimento de novas formas de conjugalidade no seio familiar culmina na alteração do suporte social do idoso. Segundo Chau e colaboradores (2012) estas alterações pode levar a um aumento dos idosos institucionalizados. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) considera o facto de o idoso residir sozinho como um dos indicadores para a avaliação da sua fragilidade e vulnerabilidade. No entanto, para alguns autores (e.g., Camargos & Rodrigues, 2008; Findlay, 2003) o idoso residir sozinho significaria que este reunia boas condições de saúde, mobilidade e ausência de sentimento de isolamento, o que são considerados fortes preditores de um bom nível de bem-estar subjetivo.

Ainda no que concerne ao nível social, vários autores (e.g., Cardoso & Ferreira, 2009; Fleck, 2008) destacam a importância da religião, na medida em que esta poderá desempenhar um papel relevante na formatação do bem-estar subjetivo dos idosos. Por este motivo diversas áreas científicas como a Psicologia, a Sociologia ou mesmo a

Medicina têm-se debruçado no estudo e compreensão da possível relação entre aspetos e fatores ligados ao indivíduo e o seu envolvimento religioso.

Uma das associações que tem despertado interesse na comunidade científica é a relação entre a religião, qualidade de vida e bem-estar subjetivo. Autores como Diener (1984) têm vindo a ressaltar o papel das crenças e da participação nas atividades religiosas como influenciadores positivos no bem-estar psicológico. O processo de envelhecimento poderá ser auxiliado, nomeadamente ao nível do crescimento pessoal, da autoaceitação, das relações positivas com os outros e da satisfação com a vida. A religião pode mesmo ser considerada como um mecanismo para atribuir significado à vida, sobretudo em circunstâncias de crise (Koenig, Kvale, & Ferrel, 1988).

No entanto, a ligação entre espiritualidade, religiosidade e bem-estar subjetivo e psicológico levanta um intenso debate científico face à dificuldade de conceptualizar a religiosidade, gerando-se algumas contradições. Investigações apontam que indivíduos espiritualmente desenvolvidos apresentaram um maior bem-estar subjetivo e psicológico (Krause & Ellison, 2003; Piedmont & Friedman 2012). Em contrapartida, noutro estudo levado a cabo por Koenig, King e Carson (2012) observou-se que os indivíduos que se consideram religiosos ou espirituais tendem a perceber um menor bem-estar subjetivo e psicológico. Outras investigações não encontraram relações entre os construtos (Billing, Kohn, & Levav, 2006).

Para Piedmont, Ciarrocchi, Dy-Liacco e Williams (2009) a espiritualidade seria o sexto fator de personalidade, sugerindo uma reavaliação do modelo dos cinco fatores de personalidade. A compreensão da relação entre personalidade, religiosidade, espiritualidade e bem-estar subjetivo e psicológico tem sido sugerida, tornando possível a consideração de se integrarem práticas religiosas ou espirituais em tratamentos psicoterápicos (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

A religião é muitas vezes percebida como uma estratégia de *coping*, uma forma de lidar com as dificuldades que excede a possibilidade de solução do indivíduo (Santana, Cupertino, & Neri, 2009). “*Esta função é especialmente importante na velhice, quando os idosos se tornam mais vulneráveis aos efeitos de eventos adversos, entre eles as doenças crônicas, a dependência e a experiência de eventos de vida estressantes e incontroláveis*” (Santana, Cupertino, & Neri, 2009, p.72).

Nas últimas décadas e como consequência do, já falado, aumento da esperança de vida e crescente número de indivíduos envelhecidos, a preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo nesta população adquiriu um papel importante (Neri, 2001). Sousa e colaboradores (2003) afirmam que a promoção e garantia de qualidade de vida, bem-estar subjetivo e satisfação pessoal são relevantes para a obtenção de um envelhecimento bem-sucedido. As teorias de envelhecimento bem-sucedido, segundo Stevens (2001), consideram o sujeito como proactivo. A qualidade de vida e o bem-estar subjetivo são adquiridos através da definição de metas/objetivos e do atingimento dos mesmos. Ao longo do desenvolvimento do indivíduo, as estratégias e recursos de adaptação à mudança são acumulados e ativam-se na manutenção do bem-estar subjetivo: os traços de personalidade, que evoluem a par com a experiência, podem sofrer alterações à medida que se aprendem novas formas de adaptação ao ambiente (Cloninger, Adolfsson, & Svrakic, 1996). Desta forma, o envelhecimento denominado de bem-sucedido faz-se acompanhar de bons níveis de qualidade de vida e de bem-estar subjetivo, os quais devem ser estimulados durante todos os estádios de desenvolvimento anteriores.

Face ao cenário mundial do envelhecimento e com a consequente necessidade de promoção de um envelhecimento ativo com qualidade de vida e bem-estar subjetivo nos idosos, torna-se pertinente estudar alguns dos fatores que podem influenciar estas variáveis como os fatores sociodemográficos e a participação social do idoso na religião.

## 1.1. Bem-estar subjetivo

Durante um longo período de tempo, o conceito de bem-estar subjetivo foi usado com pouca clareza, seja relativamente ao significado do conceito em si ou à sua operacionalidade. Segundo Andrews e Robison (1991), esta divergência conceptual surge pela falta de colaboração/interligação das diferentes áreas científicas, sendo que cada uma lhe atribuiu designações nem sempre sinónimas (não consensuais) e com significados pouco claros.

Diferentes raízes ideológicas têm sido atribuídas à origem do conceito de bem-estar. Este conceito remonta à Grécia antiga, à visão hedónica da filosofia de *Aristippus*, em que a maximização do prazer era o principal objetivo da vida e a fonte da felicidade. Para outros, tem origem no século XVIII, com o Iluminismo, em que o propósito da existência era a vida em si mesma, sendo o desenvolvimento pessoal e a felicidade valores fundamentais. No século XX e com a implementação de Estados Providência, o bem-estar começa a ser conceptualizado como algo mais que mero bem-estar material (Deci & Ryan, 2001).

Pais-Ribeiro e Galinha (2005) referem que o conceito de bem-estar subjetivo ainda é jovem, tendo aproximadamente seis décadas de existência. Segundo estes autores, foi referenciado pela primeira vez por Wilson em 1960, com a conceção atual, através do estudo sobre a relação entre satisfação e felicidade.

A abordagem do constructo foi realizada segundo a perspetiva Base-Topo (*Bottom Up*) – a Satisfação imediata de necessidades produz Felicidade, enquanto a persistência de necessidades por satisfazer causa infelicidade – e Topo-Base (*Top Down*) – o grau de satisfação necessário para gerar Felicidade depende da adaptação ou nível de aspiração, havendo influência das experiências vivenciadas no passado, dos valores pessoais e de outros fatores (Pais-Ribeiro & Galinha, 2005).



Michalos (1986) apresentou a “*Multiple Discrepancies Theorie*”, na qual a percepção de bem-estar decorre da avaliação que a pessoa faz dos vários domínios de vida a partir da comparação com vários padrões, incluindo o passado, as aspirações e outras pessoas. Esta comparação resulta num estado de satisfação quanto mais congruentes forem os padrões de referência com a atual situação da pessoa, ou em insatisfação, no caso de incongruência entre estes últimos.

O conceito de bem-estar acabou por ser definido pela World Health Organisation (WHO, 1993) como a percepção que os indivíduos têm quanto ao enquadramento da sua vida no contexto cultural, no sistema de valores em que vivem e às suas expectativas, padrões, objetivos e preocupações. Segundo Diener, Eunkook, Suh, Lucas e Smith (1999) o bem-estar subjetivo pode definir-se como uma grande categoria de eventos onde se inclui a resposta emocional da pessoa e a satisfação nos vários domínios da sua vida.

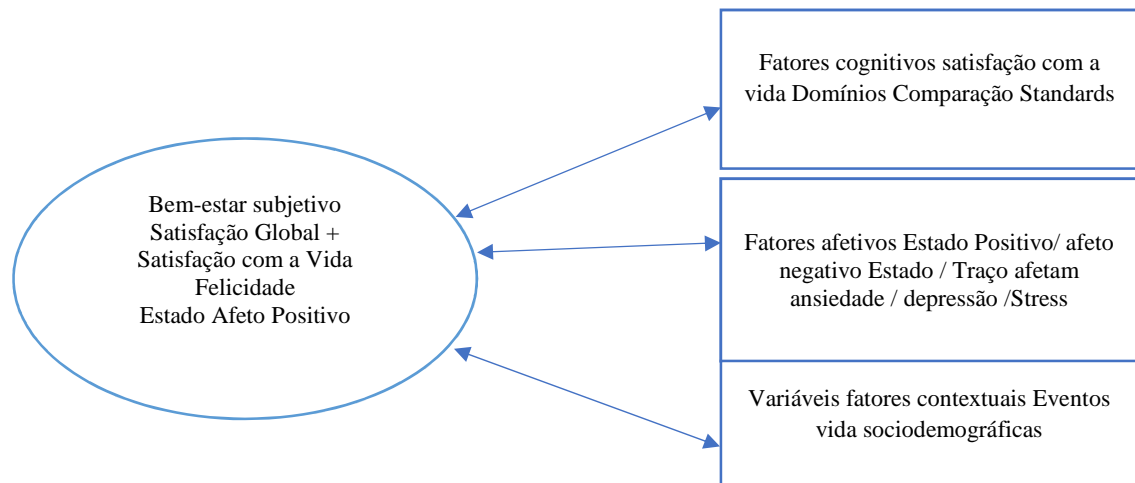


Figura 2. Esquema representativo das relações entre as medidas subjetivas bem-estar, os fatores cognitivos e afetivos e as variáveis contextuais. Adaptada de Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2011). Cognitive, affective and contextual predictors of subjective wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(1), 34–53. doi:10.5502/ijw.v2i1.3, p. 38.

A perspetiva integrativa de Galinha e Pais-Ribeiro (2011) realça uma interação dinâmica das relações entre as medidas subjetivas bem-estar, os fatores cognitivos e afetivos e as variáveis contextuais. Para os autores, é relevante aprofundar, prosseguir e

analisar a relação entre os diversos fatores bem como o a relação entre indicadores e medidas diferentes.

Sagiv e Schwartz (2000) referem que a investigação e a constante avaliação do constructo de bem-estar subjetivo permitiram a elaboração de critérios de validade e de fidelidade e, conseqüentemente, impulsionaram o consenso quanto à existência de uma dimensão cognitiva e de uma dimensão afetiva do bem-estar subjetivo – conceptualizados como a satisfação com a vida e o sentimento de felicidade. A perspectiva integrativa que enfatiza uma interação dinâmica é relevante para aprofundar e prosseguir a análise da relação entre os diversos fatores, bem como da relação entre os preditores (Galinha & Pais-Ribeiro, 2011). Neste sentido, Galinha e Pais-Ribeiro (2005, p.210) definem o conceito de bem-estar como sendo *“composto por uma dimensão cognitiva, em que existe um juízo avaliativo, normalmente exposto em termos de satisfação com a vida – em termos globais ou específicos – e uma dimensão emocional positiva ou negativa – expressa também em termos globais, de felicidade, ou em termos específicos, através das emoções”*.

Com o aparecimento do conceito de bem-estar como o conhecemos hoje, tornou-se indispensável a diferenciação entre o bem-estar material e o bem-estar global, tanto ao nível operacional como terminológico (Van Praag & Frijters, 1999).

Segundo Ryan e Deci (2001), o constructo do bem-estar subjetivo foi influenciado por movimentos sociais, sociodemográficos e históricos que contribuíram para a sua clarificação, aparecendo dois modelos de bem-estar: o subjetivo e o psicológico. Estes autores propuseram uma organização dos diferentes estudos segundo duas perspectivas: uma relacionada fundamentalmente com a felicidade, denominada de “bem-estar hedónico” ou bem-estar subjetivo e outra ligada ao desenvolvimento do potencial humano, conhecida como “bem-estar eudemónico” ou “bem-estar psicológico”. Vazquez,

Hervas, Rahona, e Gomez-Baya (2009) referenciam uma diferença entre ambas as correntes. Por um lado, a concepção Hedónica centra-se num resultado específico, mais concretamente na presença do afeto positivo, na ausência do afeto negativo e numa sensação global de satisfação com a vida, por outro, a concepção eudemónica concentra-se no conteúdo da própria vida e nos processos implicados no viver-se bem.

No primeiro modelo, bem-estar subjetivo é um grupo extenso de fenómenos onde se podem reconhecer as respostas emocionais das pessoas, domínios de satisfação e julgamentos globais de satisfação com a vida. Engloba a dimensão afetiva (afetos positivos e negativos) e a segunda dimensão, a cognitiva (relativa à satisfação com a vida) da avaliação que o indivíduo faz sobre si e a sua vida (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

- Dimensão cognitiva ou a Satisfação com a Vida Global:

Definida como um processo avaliativo cognitivo positivo da vida pessoal como um todo, nos diferentes domínios da vida com maior peso. Esta dimensão pode ser dividida em satisfação através dos vários domínios de vida e estes conseqüentemente podem ser divididos em várias facetas.

- Dimensão afetiva:

Afeto Positivo - caracteriza-se pela frequência de emoções positivas vivenciadas por um indivíduo e pela experiência acumulada em domínios da vida. O afeto positivo pode ser dividido em emoções tais como alegria, afeição e orgulho.

Afeto Negativo - caracteriza-se pela frequência de emoções negativas. O afeto negativo pode ser encontrado em emoções como vergonha, culpa e tristeza.

Diener e colaboradores (1999) salientam que apesar dos construtos se correlacionarem devem ser analisados isoladamente, ditando desta forma a necessidade

de um fator de ordem superior. No entanto, no modelo tripartido do bem-estar, estas três componentes, ainda que isoladas, estão interrelacionadas entre si (Diener, Suh, & Oishi, 1997; McCullough, Heubner, & Laughlin, 2000; Sirgy, 2002).

As pessoas que demonstram um bem-estar positivo revelam uma hegemonia de emoções positivas face às emoções negativas e avaliam positivamente a sua vida como um todo. A satisfação de vida, o afeto positivo e o afeto negativo, apresentam-se assim como três diferentes dimensões que em unísono compõem o bem-estar subjetivo. O construto de bem-estar é, portanto, subjetivo, dependendo da particularidade de cada pessoa e da sua perspetiva do mundo e inclui experiências positivas e não apenas a ausência de experiências negativas. Embora a satisfação de vida esteja associada à avaliação da vida como um todo, esta também pode ser realizada tendo em conta domínios da vida específicos, tais como a vida familiar, a vida espiritual ou mesmo a vida laboral (Diener et al., 1997; McCullough et al., 2000; Sirgy, 2002).

Em suma, o bem-estar é um fenómeno que incorpora as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual, sendo determinado pelas dimensões emocionais e cognitivas de experiência subjetiva como resultado individual das diferentes dimensões de vida do indivíduo (Moreira et al., 2015). O conceito de bem-estar subjetivo apresenta uma crescente importância no mundo atual. É desejável que os indivíduos vivam as suas vidas de modo a que se sintam preenchidos, satisfeitos e felizes, segundo os seus próprios critérios. Em conformidade, Seligman e Csikszentmihalyi (2000) afirmam que o bem-estar se refere geralmente ao que as pessoas percebem, pensam e sentem em relação às suas vidas: ao contentamento e à satisfação em relação ao passado, à esperança e ao otimismo no futuro e à felicidade no presente. Num estudo levado a cabo por Diener e Biswas-Diener (2000) na população universitária, concluiu-se que a satisfação com a vida

e a felicidade foram consideradas como sendo muito importantes, mais do que os rendimentos financeiros e económicos.

A temática do bem-estar subjetivo nem sempre esteve em destaque no estudo no processo de envelhecimento, que durante décadas se centrou na patologia do indivíduo (Strack, Argyle, & Press, 1991). Nos dias de hoje, as investigações das Ciências Sociais e Humanas (mais concretamente no âmbito da Psicologia) têm reforçado a importância da qualidade de vida, da dimensão positiva das emoções humanas e do enquadramento do bem-estar subjetivo nas investigações (Woyciekoski, Natividade, & Hutz, 2014).

Diener e colaboradores (1999) consideraram o bem-estar subjetivo como uma área científica de análise mais ampla do que um constructo específico. Para estes autores, o bem-estar é complexo e requer cautela na comparação com outras variáveis. É mais do que uma variável restrita, o que cria a necessidade de se verificar se o construto é devesas diferente dos construtos que o formam ou com os quais se relaciona. Os investigadores referem ainda que, pela essência geral do bem-estar, é forçoso proceder-se à validade discriminante das variáveis em investigação (Lucas, Diener, & Suh, 1996).

Na literatura encontram-se vários instrumentos para uso em amostras de diferentes idades, desde jovens adultos a idosos de que se destacam a *Affect Balance Scale* (Bradburn, 1969) e a *General Well-being Schedule* (Fazio, 1977). Atualmente, os instrumentos mais utilizados e referenciados como adequados à avaliação do bem-estar subjetivo nas pesquisas com adultos são a Escala de Satisfação de Vida, de Diener, Emmons, Larsen, e Griffin (1985), e a Escala PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*) de Watson, Tellegen, e Clark (1988).

### **1.1.1. Determinantes do bem-estar subjetivo**

O constructo de bem-estar subjetivo sofre a influência de múltiplos fatores. A satisfação com a vida, a felicidade e o afeto associam-se a variáveis demográficas, sociais e psicológicas, bem como variáveis ligadas à saúde física e à capacidade funcional (Diener, 1984; Monteiro, Dias, Corte-Real, & Fonseca, 2014). A estas variáveis acrescem outras como a influência cultural (Albuquerque & Tróccoli, 2004), a hereditariedade (Monteiro et al., 2014) e as relações familiares (Moraes & Souza, 2005).

A qualidade de vida e a dimensão subjetiva da qualidade de vida, ou seja, o bem-estar subjetivo diferem de indivíduo para indivíduo conforme o contexto social, as experiências de vida e outras variáveis pessoais como o estilo de vida, os apoios e redes sociais e de saúde, a espiritualidade/religiosidade e o bem-estar físico, emocional, cognitivo e social (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004). Alguns autores (e.g., Woyciekoski, Stenert, & Hutz, 2012; Oishi, Kesebir, & Diener, 2011) consideram que é exequível distinguir dois grupos de fatores que influenciam o bem-estar subjetivo: os intrínsecos à pessoa (aspectos psicológicos, valores, crenças, religiosidade/espiritualidade, estratégias de  *coping*, saúde física) e os extrínsecos (aspectos sociodemográficos, culturais e  *life events*).

#### **1) Determinantes sociodemográficos**

Galinha (2008) refere inúmeros estudos que analisaram a relação entre as variáveis sociodemográficas e o bem-estar subjetivo. Algumas variáveis como género, idade e estado civil têm impacto sobre a perceção do indivíduo no que concerne ao seu bem-estar. Nesta linha de investigação, Simões e colaboradores (2000) apontam que o estado civil, a educação, o rendimento, a saúde e a religião influenciam o bem-estar subjetivo.

#### a) **Idade**

A associação realizada em outros estudos entre a idade e o bem-estar subjetivo demonstra-se inconclusiva, existindo correlações muito baixas entre idade e bem-estar subjetivo. Por um lado, alguns estudos apontam para a presença de uma melhoria relativa ao bem-estar subjetivo em função do avanço da idade (Argyle, 1987). *“Parece que o paradoxo do bem-estar subjetivo se aplica, particularmente, no caso da idade: apesar das perdas associadas ao avanço da idade, as pessoas, em particular os idosos, não apresentam declínio no seu bem-estar subjetivo”* (Simões et al., 2000, p.261). Por outro, Deaton (2008), na análise de estudos internacionais, refere haver uma tendência de a satisfação com a vida diminuir muito mais rapidamente com a idade nos países mais pobres do que nos ricos. Estes resultados indicam que é necessário mais pesquisas nessa área.

#### b) **Género**

No concernente ao género, alguns estudos relatam que o seu efeito sobre o bem-estar subjetivo é inexistente ou bastante ténue (Diener & Diener, 1995; Simões et al., 2000). De facto, Fujita, Diener e Sandvik (1991) mostraram que o género representa menos de 1% da variação no bem-estar. No entanto, é responsável por mais de 13% da variação na intensidade das experiências emocionais.

Diener e Ryan (2009) referem que as mulheres aparecem com mais frequência associadas a níveis ou muito altos, ou muito baixos, de felicidade. Segundo estes autores, os dados podem indicar que as mulheres vivenciam as emoções, quer positivas, quer negativas, com mais frequência e intensidade do que os homens. Nesta linha de investigação, outros estudos revelam que, apesar de existirem poucas diferenças entre homens e mulheres na média subjetiva do bem-estar, estas últimas, mais do que os primeiros, vivem nos extremos da escala (Diener et al., 1999). Não obstante, numa análise

realizada por Mónico e colaboradores (2012) a 300 estudos empíricos, sobre as diferenças na satisfação de vida e felicidade em função do género, foi possível verificar que as mulheres apresentam um bem-estar subjetivo menor do que os homens.

#### c) **Estado Civil**

Num amplo leque de estudos, o estado civil está associado ao bem-estar subjetivo, destacando-se as correlações positivas entre o bem-estar subjetivo e o facto de se ser casado ou se encontrar numa relação de união de facto (Mónico, Frazão, Clemente, & Lucas, 2012). Para Galinha (2008), o casamento é a variável sociodemográfica com maior influência na satisfação com a vida global, no bem-estar subjetivo e na saúde física e mental dos indivíduos. A vida em casal é um forte preditor de satisfação com a vida, indicando que a partilha de uma familiaridade estimula sentimentos positivos e potencia mecanismos de superação do stresse e das dificuldades (Hong & Guff, 1997; Scorsolini-Comin & Santos, 2012; Woyciekoski et al., 2012).

#### d) **Educação e rendimentos**

Vários estudos mostram a existência de uma correlação positiva (embora fraca) entre o nível de educação e o bem-estar, após controlo de outras variáveis, explicando apenas 1-3% da variância no bem-estar (Witter, Okun, Stock, & Haring, 1984 *cit. por* Diener & Ryan, 2009).

A relação entre o bem-estar subjetivo e as variáveis educação e rendimentos tem sido alvo de estudo. Galinha (2008) verificou que o nível académico apresenta uma fraca relação positiva com o bem-estar subjetivo. No entanto, Blanchflower e Oswald (2011) consideram que esta associação positiva está ligada aos rendimentos financeiros que níveis elevados de escolaridade trazem (Porto, 2012). Os rendimentos, quando transformados em condições socioeconómicas, apresentam uma relação positiva muito



forte com o bem-estar subjetivo. Por outro lado, verificou-se que os níveis inferiores de rendimento iam apresentando correlação enfraquecidas à medida que se avaliam os níveis mais elevados (Galinha, 2008).

e) **Saúde**

Simões e colaboradores (2000) consideram a variável saúde como um dos indicadores com maior eficácia no bem-estar subjetivo, dentre os quais se destaca a percepção da saúde como a variável mais importante (Galinha, 2008). Segundo Galinha (2008), a importância concedida à interpretação subjetiva do estado de saúde do indivíduo sofre influência da sua personalidade, do afeto negativo e da saúde objetiva.

f) **Religião**

“A religião parece fornecer benefícios psicológicos e sociais, um sentido para a vida ou para os eventos perturbadores e suporte social” (Galinha, 2008, p. 98). A religiosidade ou espiritualidade apresenta-se como um efeito positivo moderado, especialmente para os mais idosos (Galinha, 2008). Constata-se que os indivíduos com uma elevada fé religiosa, crença no poder divino e envolvimento religioso apresentam uma boa satisfação com a vida, logo um elevado bem-estar subjetivo.

## **2) Determinantes socioculturais e familiares**

A investigação tem revelado que os níveis de bem-estar são consistentes em diversos países, ainda que tenham demonstrado algumas oscilações ao longo do tempo e em grupos culturalmente diferentes (Diener & Tov, 2007). Não obstante, as pessoas que recebem suporte social usufruem de mais saúde e bem-estar subjetivo, menos depressão e solidão. As relações interpessoais de apoio promovem níveis mais elevados de bem-

estar, ao passo que baixos níveis de suporte potenciam stresse psicológico e doenças físicas. A relação entre família e bem-estar subjetivo demonstra que esta apresenta uma importante contribuição para a modulação do bem-estar dos seus membros (Woyciekoski et al., 2012). Nesta linha de pensamento, Sequeira e Silva (2002) verificaram que idosos mais envolvidos e em contato com os seus familiares revelaram uma atitude mais positiva face ao envelhecimento. A família é vista como o primeiro grande suporte social, sobretudo para os idosos cujas relações familiares são mais intensas e para quem a estrutura familiar é fundamental, influenciando o seu bem-estar e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida (Andrade & Martins, 2011).

a) **Personalidade**

A influência da personalidade no bem-estar é significativa, sendo considerada como um dos seus mais fortes e consistentes preditores (Woyciekoski et al., 2012). Segundo Diener, Oishi e Lucas (2003), as diferenças pessoais de personalidade e bem-estar subjetivo aparecem cedo na vida, ficam estáveis ao longo do tempo e detêm um componente genético de moderado a forte (Woyciekoski et al., 2012). Segundo Cloninger e colaboradores (1997, *cit. por* Moreira et al., 2015), a personalidade é um preditor significativo de saúde mental (Cloninger & Zohar, 2011)

Scheier e Carver (1993) demonstram que as pessoas otimistas mantêm níveis elevados de bem-estar subjetivo, mesmo quando enfrentam uma situação de dificuldade (Galinha, 2008). Para Woyciekoski e colaboradores (2012), *“uma pessoa feliz extrovertida, aberta a novas experiências, sociável, autoconfiante, determinada e otimista é aquela cognitivamente capaz de ver o mundo de forma positiva ou neutra”*.

## 1.2. Religião, Religiosidade e Espiritualidade

A palavra religião, segundo o dicionário da língua Portuguesa, pode ter origem em duas terminologias latinas: a palavra *religio*, que significa algo realizado com uma atenção para o detalhe, passando a ser utilizada para denominar religião devido ao modo como os oferendas/sacrifícios eram realizados nos tempos antigos e o verbo religar que significa juntar duas coisas próximas uma da outra. Um dos conceitos de religião apresenta-a como algo que une as pessoas em práticas e crenças comuns, aproximando-as num mesmo objetivo ou sentido de vida. De forma geral, a religiosidade é explicada como crença, valores pessoais e atividades direcionadas ao sobrenatural, praticada por qualquer indivíduo independente da sua raça e cultura (Goldnstein& Neri, 1999).

Por outro lado, surge o conceito de religiosidade como “reconhecimento humano do poder sobrenatural”, “crença em Deus”, “qualquer sistema de fé e de culto”. O caráter amplo permite distinguir duas formas de religiosidade: a religiosidade intrínseca e a religiosidade extrínseca (Goldstein, 2002). A religiosidade intrínseca refere-se à internalização de uma determinada religião (incluindo a aceitação dos seus princípios, rituais e dogmas) e à sua presença na vida diária. A religiosidade extrínseca refere-se a uma relação mais esporádica e ocasional, a uma relação que demonstra uma utilização mais instrumental da mesma, a exemplo dos apelos por autoproteção.

O consenso conceptual de religiosidade está longe de ser conseguido. Na literatura, antes da segunda metade do século XX, a distinção conceptual entre espiritualidade e religião era praticamente inexistente (Sawatzky, 2002). Por este motivo, a diferenciação conceptual deve ser percebida como uma transformação recente que se inicia na religiosidade dominante do mundo espiritual em rumo a um entendimento humanista e relativista da espiritualidade. Segundo Pinto e Pais- Ribeiro (2009), este é o

principal motivo que leva ao uso do termo espiritualidade como sinónimo de religiosidade.

Sessana, Finnell e Jezwski (2007) referem a diferenciação entre espiritualidade/religiosidade e religião como um desafio complexo, enumerando três ordens de razões: diversidade de opiniões acerca do significado; subjetividade e natureza pessoal presentes no conceito e uso dos conceitos de forma indiferente. A título de exemplo desta falta de consenso destacamos Koenig McCullough e Larson (2001) que definem a (1) religião como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos destinados a facilitar a proximidade com o sagrado ou transcendente (Deus, poder superior ou verdade / realidade) e a (2) espiritualidade /religiosidade como a busca pessoal de respostas para as questões finais sobre a vida, sobre o significado e sobre a relação com o sagrado ou transcendente, que pode (ou não) levar ou resultar no desenvolvimento de rituais religiosos e na formação de uma comunidade.

Beit-Hallahmi e Argyle (1997) propõem que a *religião* é como que uma atitude composta por 3 dimensões: cognitiva (crenças religiosas), comportamental (comportamentos e rituais religiosos mais ou menos institucionalizados e convencionais) e afetiva (vínculos entre o Homem e a transcendência). Por outro lado, há autores (e.g., Finkelstein, West, Gobin, Finkelstein, & Wuerth, 2007) que consideram a espiritualidade como uma tentativa de entender o significado e o desígnio da vida, podendo ou não estar envolvida uma religião organizada e/ou a crença num ser superior. Pinto e Pais-Ribeiro (2009) consideram a espiritualidade como uma dimensão do ser humano que procura os significados através da relação com dimensões que o transcendem.

Outros conceitos associados à espiritualidade/religiosidade são: esperança, aceitação e autotranscendência. A esperança concentra-se no fator tempo, nos projetos voltados para o futuro, dotando o indivíduo de energia para a busca e perseguindo uma

meta ou resultado esperado. Uma vez que o indivíduo estabeleça seus objetivos, isso serve como uma força motivadora. Embora a esperança seja positiva, não saber o que o futuro determinará cria incerteza e uma sensação de desconforto; mas o indivíduo, baseado nos seus conhecimentos e ações, olha para o futuro de maneira positiva. Esta componente mostra como a diversidade de aspetos que o compõem faz da espiritualidade um conceito amplo que não pode ser limitado ao aspeto religioso.

Koenig (2008) desenhou 4 modelos sobre a relação entre saúde mental (domínio psicológico) e saúde física (domínio físico) com a religião e a espiritualidade:

- 1) Versão tradicional-histórica da espiritualidade – caracterizada por uma dedicação profunda à religião e aos membros da comunidade, onde eram transmitidos os “ensinamentos da fé” com recurso a testemunhos. Estes recursos potenciam a promoção de valores morais, interligando-se com a harmonia, o bem-estar e estados mentais positivos com o propósito e significado da vida. A espiritualidade é um constructo completamente separado das medidas de saúde.
- 2) Versão moderna da espiritualidade – tem como principal característica a capacidade de ir mais além do que o constructo tradicional de religião. Neste caso, a espiritualidade é usada mais amplamente na saúde (física e psicológica), abrindo uma nova categoria de "pessoas espirituais, mas não religiosas". Esta versão conceitua a comparação da saúde mental e física daqueles que são "religiosos espirituais", com aqueles que são "espirituais, mas não religiosos" e ainda com aqueles que são "completamente seculares".
- 3) Versão tautológica moderna de espiritualidade – segundo o autor, apresenta semelhanças com a versão moderna, no entanto difere ligeiramente porque abarca na sua definição a saúde mental positiva e os valores humanos. Nesta versão, a espiritualidade é mais ampla. Para além dos indicadores religiosos tradicionais,

encontram-se os estados psicológicos positivos (propósito e significado da vida) que se interligam aos de caráter social (derivam da qualidade do apoio social) tais com a tranquilidade e o bem-estar.

- 4) Versão clínica moderna de espiritualidade – abarca o constructo da religião e os indicadores positivos como igualmente os elementos seculares. Koenig (2008) considera que este modelo é o mais completo pois consegue abarcar os espirituais/religiosos, os ateus e os agnósticos.

### **1.2.1 Relação da religiosidade no bem-estar subjetivo na população idosa**

A religiosidade, ou as dimensões da religiosidade, tem um impacto positivo na saúde mental ou no bem-estar psicológico na idade adulta. Wink e Dillon (2001) relataram que a importância da religião diminui até à idade adulta inicial e média, mas aumenta significativamente durante os últimos anos de vida. Há duas razões pelas quais é importante estudar porque há um aumento da religiosidade na velhice e qual a relação entre significado religioso e bem-estar subjetivo em idosos. Primeiro, porque as teodicidades religiosas ajudam as pessoas a lidarem com circunstâncias dolorosas da vida que não são alteradas facilmente. As pessoas mais velhas são frequentemente confrontadas com este tipo de dificuldade, sobretudo com o declínio físico e a perda das capacidades cognitivas (Berger, 1990). E em segundo lugar, o envelhecimento é associado à proximidade da morte, surgindo a necessidade de se estabelecer um objetivo de vida e a religiosidade parece coadjuvar neste processo de grandes mudanças físicas, mentais e sociais. Segundo Cavalcante (2002), há um aumento da frequência do pensamento em torno da morte e surgem as dúvidas do que virá depois dela. Este autor considera que neste momento o regresso a uma prática religiosa é mais evidente.

Spreitze & Snyder (1974) destacam um estudo com 709 participantes com idade superior a 55 anos que participaram do World Values Survey, cujos dados permitiram verificar a associação direta entre uma maior frequência de práticas religiosas e maior satisfação com a vida. Neste sentido, Wong (1998) verificou que as atividades religiosas, o *coping* religioso e o maior significado da vida eram preditores daqueles que envelheceram de maneira bem-sucedida ou não.

As atividades religiosas/espirituais podem aumentar a motivação para realizar atividades do dia-a-dia. Estudos americanos com idosos indicam que mais de 90% das pessoas acreditam num "poder maior" e no valor de seu bem-estar espiritual (Phillips, Paukert, Stanley, &Kunik, 2009).

Lawler-Row e Elliott (2009) efetuaram um estudo com idosos a fim de avaliar a religiosidade, a espiritualidade e a saúde, bem como os potenciais mediadores de comportamentos saudáveis e apoio social. Verificaram que a atividade ou prática religiosas estariam relacionadas com uma potencial saúde positiva. Análises de regressão indicaram que o bem-estar espiritual e a oração contribuíram para a previsão de bem-estar psicológico, bem-estar subjetivo, sintomas físicos e depressão, mesmo quando as variáveis idade, gênero, comportamentos saudáveis e apoio social foram incluídas (Lawler-Row & Elliot, 2009).

Brown e Tierney (2009), face às evidências dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, perceberam uma relação fortemente positiva entre religiosidade e felicidade, sobretudo para as mulheres e em particular entre os idosos. Debruçando-se nos dados de pesquisas com idosos na China, verificaram uma forte relação positiva entre a participação religiosa e o bem-estar subjetivo e, em contraste com outros estudos, descobriram que a religião tem um efeito maior sobre o bem-estar subjetivo em homens do que em mulheres (Brown & Tierney, 2009).

Alguns estudos mostram que a religiosidade prediz melhor saúde física. Num estudo longitudinal concluiu-se que a religiosidade estava relacionada à longevidade das mulheres. Isso foi atribuído em parte ao maior bem-estar mental e físico (McCullough, Friedman, Enders, & Martin, 2009). Uma análise efetuada a 42 estudos longitudinais e realizada por McCullough e colaboradores (2000) demonstrou que um maior índice de religiosidade reduz a mortalidade, concluindo que os indivíduos religiosos eram mais propensos a viver mais do que os não religiosos. McCullough e colaboradores (2000) confirmaram que há uma menor taxa de mortalidade entre aqueles que frequentavam serviços religiosos uma vez por semana ou mais, em comparação com aqueles que os frequentavam menos.

Com o processo de envelhecimento, o aumento da religiosidade é encarado como um comportamento natural, despoletado pela percepção da proximidade da morte. Por outro lado, a religiosidade pode ser encarada como um fenómeno cultural, sendo percebida e valorizada de forma diferente ao longo da vida (Dendena, Dallazen, Lyra, & Tossi). Desta forma, será importante entender o motivo pelo qual os idosos são mais religiosos do que os jovens.

Pesquisas recentes sugerem que a variável espiritualidade/religiosidade pode estar ligada a uma melhor saúde física e emocional de idosos, beneficiando a melhor qualidade de vida e o bem-estar subjetivo (Lucchetti et al, 2011). Vários sistemas de aprendizagem e memória estão integrados nos seres humanos – condicionamento comportamental, aprendizagem semântica e consciência autoconsciente – portanto cada um deve ser considerado como um aspeto interdependente do funcionamento adaptativo e bem-estar de toda a pessoa (Cloninger, 2009). Desta forma, o bem-estar físico, mental e espiritual simplesmente não podem ser separados sem perda de compreensão da natureza humana, presumivelmente porque cada um desses componentes do bem-estar evoluiu como uma



resposta adaptativa aos desafios da vida na longa história da evolução humana (Cloninger, 2009).

No entanto, o que faz da religiosidade um fator importante na consideração do bem-estar subjetivo? Apesar de vários estudos apoiarem o papel da religião no bem-estar subjetivo, a maioria dos estudos tem amostras predominantemente cristãs, oriundas de países ocidentais, desenvolvidos/industrializados, havendo ainda muito por estudar e discutir a respeito (Kim-Prieto & Miller, 2018).

### **1.3. Tipo de estudo, questão de investigação e hipóteses**

Como foi exposto ao longo da parte teórica, a investigação empírica demonstra ligações entre o bem-estar subjetivo, a religião e as variáveis sociodemográficas, ainda que seja visível uma lacuna a este respeito, principalmente em Portugal. Com o crescimento acentuado, nos últimos anos, da população idosa, aumentou também a necessidade de se investigar acerca dos fatores que interferem ou podem interferir no seu processo de envelhecimento.

O presente estudo foi classificado como um estudo pós facto prospetivo, tendo em conta a nomenclatura de Montero e León (2007) visando avaliar em que medida o Bem-Estar Subjetivo dos idosos (variável dependente) é influenciado pela religiosidade (variável independente).

Assim sendo, levantamos a seguinte questão:

*Questão 1* - Existe relação entre bem-estar subjetivo e a religiosidade na população idosa?

No concernente aos objetivos parece-nos fundamental:

a) Compreender como se caracteriza a amostra, em termos de género, habilitações literárias e estado civil;

b) Investigar acerca das associações entre o bem-estar subjetivo e as variáveis ligadas à religião;

c) Explorar em que medida as variáveis do bem-estar subjetivo e religião variam em função do estado de saúde e género.

Considerando a revisão da literatura e os objetivos supra, apresentamos como hipóteses de estudo:

*Hipótese 1* – É esperado obter uma associação positiva entre a prática da religião e o bem-estar.

*Hipótese 2* – As pessoas doentes diferem significativamente na prática ou na religiosidade comparativamente às pessoas que não se encontram doentes.

*Hipótese 3* – Os idosos com doença atual apresentam níveis significativamente inferiores de bem-estar subjetivo comparativamente com os não doentes.

*Hipótese 4* – As mulheres apresentam um índice de religiosidade mais elevado do que os homens.

O estudo é empírico - pressupõe a comprovação através de diversos métodos – e utiliza metodologia quantitativa, ou seja, utiliza uma técnica de investigação cuja finalidade é analisar relações entre variáveis, através de dados quantitativos/numéricos. Assenta ainda em hipóteses correlacionais, analisando-se associações entre as variáveis.

Quanto ao tipo de estudo é de mencionar que são estudos do tipo quasi-experimental, uma vez que não há o controlo sobre as variáveis independentes, apesar de

poderem medir os seus efeitos. Nestes estudos, normalmente os grupos constituídos não são equivalentes, mas formados em função das características que os sujeitos, à partida, apresentam. A investigação quasi-experimental não usa grupo de controlo nem distribuição aleatória, tal como é observado nesta investigação.

## **2. Metodologia**

Nesta secção será apresentada a descrição da metodologia científica utilizada, 1) descrevendo a amostra e o processo de recrutamento dos participantes e 2) apresentando os instrumentos utilizados.

### **2.1. Participantes**

A amostra foi composta por 107 indivíduos, sendo que 43% são do sexo masculino e 57% do sexo feminino. As idades variam entre os 65 e 93 anos ( $M=76.36$ ;  $DP=8.23$ ).

Os participantes são predominantemente casados, inativos e encontravam-se distribuídos geograficamente no norte do país (Vila Real, Porto e Bragança).

### **2.2. Instrumentos**

a) Questionário sociodemográfico: contempla dados como idade, género, estado civil, grau académico, profissão e área geográfica. Esse questionário é constituído por questões referentes aos diferentes tipos de religião (Catolicismo, Islamismo, Budismo, Cristianismo, Ateu/Agnóstico) e questiona o indivíduo acerca da frequência com que este pratica as atividades religiosas. As respostas vão de Nunca a Sempre. Além disso, é inquirido às pessoas o nível de crença nos princípios da religião. Nada, Pouco, Moderadamente, Muito, Muitíssimo são as respostas possíveis a esta questão. Por fim,

foram colocadas questão acerca do estado de saúde atual: se está atualmente doente; que doença tem e há quanto tempo e o seu regime de tratamento.

b) O *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)* é o questionário de Avaliação da Qualidade de Vida, da Organização Mundial de Saúde. Este questionário foi validado para a população Portuguesa por Vaz Serra e colaboradores (2006). Para o presente estudo, a escala utilizada foi obtida através da Professora Doutora Cristina Canavarro (10/12/2006), na qualidade de membro do Centro Português da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Composto por 26 questões, tal como o próprio nome indica, procura avaliar a qualidade de vida em todos os seus domínios. Assim, como podemos ver na tabela 1, esta escala está dividida em dimensões e permite avaliar a qualidade de vida geral e a satisfação relativa à saúde física, à saúde psicológica, às relações sociais e ao meio ambiente. As questões são relativas às duas últimas semanas e as respostas são dadas em escalas do tipo *Likert*, com cinco opções que podem ser traduzidas em valores de 1 a 5. Os resultados são obtidos através da soma dos valores brutos das diversas questões à excepção das questões 3,4, e 26, que apresentam valores invertidos. A leitura dos resultados como indicadores de uma boa qualidade de vida depende do valor (oscila entre 26 pontos e 130 pontos), sendo que quanto mais elevado melhor será a qualidade de vida (Vaz Serra et al, 2006).

Tabela 1

*Identificação dos domínios e respetivos itens da escala WHOQOL-BREF*

<b>Dimensões da Escala</b>	<b>Nº dos Itens</b>
Qualidade de Vida Geral	1,2
Saúde física	1,4,10,15,16,17,18
Saúde psicológica	5,6,7,11,19,26
Relações sociais	20,21,22
Meio ambiente	8,9,12,13,14,23,24,25

c) A *Positive and Negative Affect Scale* (PANAS), versão portuguesa de Galinha & Pais-Ribeiro (2005), foi utilizada para medição do nível de afetos. Este questionário indica em que medida é que o indivíduo sente ou tem sentido cada uma de 20 questões que correspondem a estados emocionais: 10 de valência positiva e 10 de valência negativa (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005; Watson et al., 1988). Os 20 itens são respondidos através de uma escala do tipo *Likert*, com 5 níveis, em que 1 ponto equivale a “muito pouco ou nada” e 5 a “muitíssimo”. A pontuação mais alta de cada item de afeto positivo reflete uma pessoa integrada e entusiasmada com a sua vida, alerta, cheia de energia e concentração, enquanto um resultado menor na afetividade positiva reflete um indivíduo que vivencia estados de tristeza e de letargia. Quando estamos perante índices elevados de afetividade negativa, surge a indicação dum mal-estar subjetivo implicando uma série de estados emocionais aversivos, como a raiva e o medo, estando-se perante uma pessoa em *distress* e perturbada com a vida. O cálculo desta escala depende do somatório de cada subescala, subtraindo-se a escala de afetos negativos à escala de afetos positivos, obtendo-se, desta forma, o balanço afetivo (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Este balanço afetivo pode apresentar valores negativos ou positivos, refletindo respetivamente a presença ou a ausência do bem-estar subjetivo.

Tabela 2

*Identificação dos domínios e respetivos itens da escala de PANAS*

<b>Dimensões da escala</b>	<b>Nº dos itens</b>
Afetos negativos	2,4,6,7,9,12,14,16,18 e 20
Afetos Positivos	1,3,5,8,10,11,13,15,17 e 19

### **2.3. Recolha de dados**

Inicialmente foi realizada uma pesquisa bibliográfica, através de artigos científicos, de forma a serem selecionadas as variáveis a estudar e os participantes a incluir no estudo. Após esta seleção, que ainda incluiu os instrumentos a serem utilizados, foram contactadas diversas instituições como Lares de Idosos e Universidades Seniores. Para esse efeito, procedeu-se a um pedido de autorização aos diretores das instituições com o objetivo de autorizar a passagem dos inquéritos aos idosos. Concedidas as autorizações, reunimos com os diretores de cada instituição para, assim, perceber e agendar os melhores dias para realizar a entrega e a recolha dos questionários. As instituições que colaboraram nesta investigação foram o Lar de Idosos do Centro Paroquial de Torre Dona Chama, o Lar de Terceira idade São Venâncio de Rebordelo e a Universidade Sénior dos *Rotary* de Mirandela, assim como outros sujeitos que habitavam em suas casas com as suas famílias.

A amostra foi de conveniência. Os critérios de inclusão na amostra foram: ter mais de 65 anos, ter capacidade de compreensão, saber ler e escrever e apresentarem características psicológicas/saúde mental que contemplassem um discurso coerente e capacidade de expressar opiniões. Quanto aos critérios de exclusão, estes foram: idade inferior a 65 anos, analfabetismo (não saber ler e escrever).

Após a seleção da amostra segundo os critérios de inclusão/exclusão, obteve-se o consentimento informado junto dos intervenientes, dando início ao processo de recolha de dados, durante o período de 6 meses entre dezembro de 2017 e maio de 2018. Esta investigação seguiu os procedimentos legais, havendo solicitado á Comissão Nacional de Proteção de Dados a autorização para a realização do estudo, incluindo os vários instrumentos de avaliação. A participação dos idosos foi voluntária e a recolha dos dados pautou-se sempre pelo respeito e salvaguarda da integridade física e psicológica dos participantes deste estudo, sendo que foram garantidos a cada participante o anonimato e a confidencialidade dos dados, assegurando que os mesmos se destinam exclusivamente para efeitos de investigação. Após a recolha da amostra, procedeu-se à introdução dos dados e posteriormente à análise dos mesmos, através da análise estatística.

### **2.3.1. Análise de dados**

O tratamento estatístico e a análise dos dados foram realizados através do software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 24. Foram ainda conduzidos testes de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade da distribuição nas dimensões do bem-estar, analisadas as associações entre as variáveis através das correlações de Spearman e levado a cabo o teste de diferença de médias para duas amostras independentes U de Mann-Whitney.

Inicialmente foram analisados os questionários com o propósito de excluir os que estavam incompletos, impercetivelmente preenchidos ou de forma aleatória, ou não cumprissem os critérios de inclusão. Posteriormente, os dados foram inseridos e verificou-se que a distribuição da média amostral não seguia uma distribuição normal, tornando apenas possível o recurso aos testes não paramétricos. Numa fase inicial de análise de dados recorreremos à estatística descritiva com o objetivo de caracterizar a

amostra. O cálculo de frequências, média, desvio-padrão foram utilizados nesse sentido. Em seguida, procedeu-se à análise das associações entre as variáveis através das correlações de *Spearman*. Por fim, realizou-se o teste de diferença de médias para duas amostras independentes *U de Mann-Whitney* de forma a perceber se as variáveis ligadas ao bem-estar subjetivo e à religião variavam em função do género e do estado de saúde (presença ou não de doença). É de notar que na análise de dados foi usado o “Índice de Felicidade”. Este índice é calculado como a diferença entre a pontuação do afeto positivo e a do afeto negativo. Por fim, recorremos ao Índice de Religiosidade, obtido através da soma do grau em que o indivíduo participa em atividades religiosas e o grau em que acredita nos princípios da sua religião.

### **3. Resultados**

O primeiro objetivo desta investigação passa pela análise estatística descritiva das variáveis sociodemográficas (tabela 3). Quanto ao género verificamos que 57% da amostra é do sexo feminino e 43% é do sexo masculino. No que concerne à variável Estado Civil, a maioria dos indivíduos é casada (47,7%) e 33.6% são viúvos. Os restantes são solteiros (7.5%), vivem em união de facto (6.5%) e são divorciados (4.7%). Dos 107 inquiridos, 39.8% residem em Vila Real e 30.8% no Porto.



Tabela 3.

*Análise descritiva do género estado civil e região (n=107)*

	N	%
<b>Género</b>		
Masculino	46	43.0
Feminino	61	57.0
Total	107	100.0
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	8	7.5
Casado	51	47.7
União de Facto	7	6.5
Divorciado	5	4.7
Viúvo	36	33.6
Total	107	100.0
<b>Região</b>		
Porto	33	30.8
Bragança	31	29.0
Vila Real	43	39.8
Total	107	100.0

Relativamente às habilitações literárias (tabela 4) as respostas contemplavam os 3 ciclos do Ensino Básico (1º, 2º e 3º), Ensino Superior e Ensino Secundário. Além disso, adicionou-se a opção de indicar se o grau estaria incompleto. A maioria dos indivíduos frequentou a escola mas não chegou a concluir o nível de habilitações literárias. Isto é mais verificado logo no 1º Ciclo do Ensino Básico, sendo que a maioria (54.2%) não o concluiu, contrastando com os 27.1% que frequentaram e conseguiram terminar o grau. Com menos expressividade segue-se o 2º Ciclo do Ensino Básico: apenas 2.8% da amostra conseguiu concluir este ciclo. A desistência neste nível foi menor quando comparada com o anterior (1.9%). O mesmo acontece com o 3º Ciclo do Ensino Básico onde 4.7% o frequentaram sem sucesso e 1.9% o conseguiram concluir. Destaca-se ainda a existência de 3.7% da amostra com grau académico superior.

A grande maioria dos participantes encontrava-se inativa, com 72% de reformados. Os 28% restantes dividiam-se por múltiplas profissões, destacando-se os funcionários públicos (4.7%), os comerciantes (3.7%) e os trolhas (2.8%).

Tabela 4.

*Análise descritiva da amostra quanto ao nível de escolaridade e profissão(n=107)*

	N	%
<b>Escolaridade</b>		
1º Ciclo do Ensino Básico	29	27.1
2º Ciclo do Ensino Básico	3	2.8
3º Ciclo do Ensino Básico	2	1.9
Ensino Secundário	3	2.8
Ensino Superior	4	3.7
1º Ciclo do Ensino Básico Incompleto	58	54.2
2º Ciclo do Ensino Básico Incompleto	2	1.9
3º Ciclo do Ensino Básico Incompleto	5	4.7
Ensino Secundário Incompleto	1	.9
Total	107	100.00
<b>Profissão</b>		
Reformado	77	72.0
Trolha	3	2.8
Comerciante	4	3.7
Torneiro Mecânico	1	.9
Costureira	1	.9
Vendedor (a)	2	1.9
Mecânico	1	.9
Carpinteiro	1	.9
Doméstica	1	.9
Professor (a)	2	1.9
Secretário	1	.9
Motorista	1	.9
Operador (a) de Máquinas	1	.9
Função Pública	5	4.7
Engarrafadeira	1	.9
Advogado (a)	1	.9
Técnico (a) de Máquinas	1	.9
Ferreiro	2	1.9
Cozinheira	1	.9
Total	107	100.0

No que diz respeito à religião (tabela 5) os participantes são na sua totalidade católicos, variando, no entanto, quanto ao grau de crença e prática. No que concerne à prática de atividades religiosas, verificamos que a maioria diz realizá-las moderadamente (36.4%), seguido de um relevante número de pessoas que pratica muitíssimo (27.1%) e muito (15.0%). Por fim, verificamos que a percentagem de sujeitos que nunca pratica alguma atividade religiosa é a menor (0.9%). Debruçando-nos nesta variável segundo o género, é possível perceber que todas as mulheres praticam atividades religiosas, com uma pequena percentagem (6.5%) a assumirem um papel menos ativo. Em contrapartida nos homens a maioria aponta participar moderadamente (16.8%) e pouco (14.0%) em atividades religiosas. Seguem-se aqueles que participam muitíssimo (7.5%) e muito (7.5%).

Relativamente ao grau de crença nos princípios da religião verificamos que uma superior percentagem de indivíduos acredita moderadamente (32.7%), muito (27.1%) e muitíssimo (24.3%). Esta variável em função do género permite-nos verificar que as mulheres indicam uma maior crença, sendo os maiores valores vistos ao nível de crença “muitíssimo” (20.6%) e “muito” (18.7%). Por outro lado, nos homens a maior percentagem concentra-se no grau “moderadamente” (21.5%) e “pouco” (9.3%).

Tabela 5.

*Caracterização da amostra segundo o gênero e quanto à religião (n=107)*

	Gênero					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Em que grau é que pratica uma atividade religiosa?</b>						
Nunca	1	.9%	0		1	.9%
Pouco	15	14.0%	7	6.5%	22	20.6%
Moderadamente	18	16.8%	21	19.6%	39	36.4%
Muito	4	3.7%	12	11.2%	16	15.0%
Muitíssimo	8	7.5%	21	19.6%	29	27.1%
Total	46	43.0%	61	57.0%	107	100.0%
<b>Religião</b>						
Católico	46	43.0%	61	57.0%	107	100.0%
Total	46	43.0%	61	57.0%	107	100.0%
<b>Em que grau acredita nos princípios da sua religião</b>						
Pouco	10	9.3%	7	6.5%	17	15.9%
Moderadamente	23	21.5%	12	11.2%	35	32.7%
Muito	9	8.4%	20	18.7%	29	27.1%
Muitíssimo	4	3.7%	22	20.6%	26	24.3%
Total	46	43.0%	61	57.0%	107	100.0%

No concernente à análise da normalidade da distribuição das dimensões do bem-estar subjetivo, foram conduzidos testes de Kolmogorov-Smirnov. Os resultados obtidos, apresentados na tabela 6, revelam a inexistência de normalidade da distribuição. Tendo em consideração os resultados desta análise preliminar, optou-se pela realização da estatística não paramétrica.

Tabela 6.

*Testes de Normalidade Kolmogorov-Smirnovov*

Dimensão	K-S	gl	p
Afeto positivo	.406	107	.000
Afeto negativo	.164	107	.000
Índice de felicidade	.359	107	.000
Bem-estar físico	.099	107	.011
Bem-estar psicológico	.094	107	.022
Bem-estar nas relações sociais	.163	107	.000
Bem-estar ambiental	.145	107	.000
Bem-estar geral	.167	107	.000
Índice de Bem-estar não afetivo	.123	107	.000
Índice de Bem-estar total	.311	107	.000

Com o objetivo de analisar as associações entre as variáveis em estudo (tabela 7), *(hipótese 1 - É esperado obter uma associação positiva entre a prática da religião e o bem-estar)* recorreu-se ao *rô* de Spearman ( $\rho$ ), verificando-se correlações significativas entre as dimensões das duas escalas (WHOQOL-BREF e PANAS) e a religiosidade. O **afeto negativo** apresenta correlações significativamente moderadas com o **bem-estar físico** ( $p = -.622$ ;  $p < .01$ ), **psicológico** ( $p = -.571$ ;  $p < .01$ ), **social** ( $p = -.530$ ;  $p < .01$ ), com o **ambiente** ( $p = -.631$ ;  $p < .01$ ) e, por fim, a nível **geral** ( $p = -.629$ ;  $p < .01$ ). Além disso, constata-se uma correlação negativa fraca entre o **afeto negativo** e o **índice de felicidade** ( $p = -.856$ ;  $p < .01$ ). Relativamente à dimensão **afeto positivo**, verificam-se correlações significativas positivas altas com o **índice de felicidade** ( $p = .878$ ;  $p < .01$ ) e com o **bem-estar subjetivo total** ( $p = .869$ ;  $p < .01$ ), bem como correlações significativas baixas face ao **bem-estar subjetivo físico** ( $p = .425$ ;  $p < .01$ ) e com o **ambiente** ( $p = .669$ ;  $p < .01$ ).

Continuamente, procedeu-se à análise das correlações entre as variáveis ligadas à religião (índice de religiosidade, grau de crença e grau de prática religiosa) e as duas escalas utilizadas (WHOQOL-BREF e PANAS), obtendo-se correlações significativas, negativas e moderadas entre o **bem-estar psicológico** e o **grau de prática de religião**

( $p = -.288$ ;  $p < .01$ ), entre o bem-estar psicológico e o grau em que acredita ( $p = -.193$ ;  $p < .05$ ), entre o bem-estar psicológico e o índice de felicidade ( $p = -.248$ ;  $p < .05$ ) e entre o bem-estar geral e o grau em que pratica ( $p = -.194$ ;  $p < .05$ ).

Tabela 7.

*Correlações de Spearman entre as dimensões de bem-estar e a religiosidade*

Dimensão	Afeto positivo	Afeto negativo	Índice de felicidade	Bem-estar físico	Bem-estar psicológico	Bem-estar relações sociais	Bem-estar ambiental	Bem-estar geral	Índice de Bem-estar não afetivo	Índice de Bem-estar total	Grau que pratica	Grau em que acredita	Índice de Religiosidade
Afeto positivo	1.00												
Afeto negativo	<b>-.543**</b>	1.00											
Índice de felicidade	<b>.878**</b>	<b>-.856**</b>	1.00										
Bem-estar físico	<b>.425**</b>	<b>-.622**</b>	<b>.567**</b>	1.00									
Bem-estar psicológico	<b>.629**</b>	<b>-.571**</b>	<b>.675**</b>	<b>.559**</b>	1.00								
Bem-estar nas relações sociais	<b>.619**</b>	<b>-.530**</b>	<b>.635**</b>	<b>.459**</b>	<b>.561**</b>	1.00							
Bem-estar ambiental	<b>.669**</b>	<b>-.631**</b>	<b>.747**</b>	<b>.578**</b>	<b>.722**</b>	<b>.570**</b>	1.00						
Bem-estar geral	<b>.697**</b>	<b>-.629**</b>	<b>.775**</b>	<b>.483**</b>	<b>.780**</b>	<b>.482**</b>	<b>.687**</b>	1.00					
Índice de Bem-estar não afetivo	<b>.734**</b>	<b>-.697**</b>	<b>.804**</b>	<b>.722**</b>	<b>.851**</b>	<b>.822**</b>	<b>.870**</b>	<b>.739**</b>	1.00				
Índice de Bem-estar total	<b>.869**</b>	<b>-.845**</b>	<b>.981**</b>	<b>.641**</b>	<b>.757**</b>	<b>.708**</b>	<b>.818**</b>	<b>.791**</b>	<b>.893**</b>	1.00			
Grau que pratica	.033	.095	-.035	-.087	<b>-.288**</b>	.046	-.090	<b>-.194*</b>	-.120	-.075	1.00		
Grau em que acredita	.049	.133	-.050	-.130	<b>-.193*</b>	.103	-.083	-.114	-.078	-.077	<b>.762**</b>	1.00	
Índice de Religiosidade	.049	.114	-.036	-.106	<b>-.248*</b>	.094	-.076	-.161	-.089	-.068	<b>.945**</b>	<b>.927**</b>	1,00

\* p&lt;.05; \*\* p&lt;.01

Com o propósito de estudar as diferenças ao nível da religião em função do estado de saúde do indivíduo (presença ou ausência de doença) (*hipótese 2 - As pessoas doentes diferem significativamente na prática ou na religiosidade comparativamente às pessoas que não se encontram doentes*) recorreu-se ao teste *U Mann-Whitney* para amostras independentes. Os resultados obtidos demonstram que as pessoas doentes e não doentes apresentam o mesmo nível de religiosidade, não revelando existência de diferenças significativas a este nível (ver tabela 8).

Tabela 8.

*Diferença das variáveis ligadas à religião em função ao estado de saúde*

Dimensão	Está atualmente doente?		U	P
	Sim (n=28)	Não (n= 79)		
	MeanRank	MeanRank		
Índice de Religiosidade	56.55	53.09	1034.50	.607
Acredita na Religião	56.34	53.17	1040.50	.487
Grau de Prática	57.38	52.80	1011.50	.628

De forma a investigar acerca das diferenças ao nível das dimensões ligadas ao bem-estar subjetivo em função do estado de saúde do indivíduo (*hipótese 3 – Os idosos com doença atual apresentam níveis significativamente inferiores de bem-estar comparativamente com os não doentes*) todas as dimensões do bem-estar subjetivo - mensurado pelas duas escalas (WHOQOL-BREF e PANAS) – revelam diferenças em função do facto de o indivíduo apontar estar doente ou não. Como podemos ver na tabela, os dados indicam em todas as dimensões obtidas pelas duas escalas usados resultados significativos, sendo que os valores são mais altos nos indivíduos que não estão doentes do que nos o que se encontram doentes. Temos, então, na avaliação dos afetos, valores mais altos de afetos negativos ( $Mdn=73.38$ ;  $U=563.50$ ;  $p=.000$ ) e mais baixos de afetos positivos ( $Mdn=36.88$ ;  $U=1585.50$ ;  $p=.001$ ) do grupo de idosos doentes quando comparados com os idosos saudáveis. O Índice de Felicidade foi maior no grupo de idosos que não apontaram padecer de nenhuma doença ( $Mdn=61.33$ ;  $U=1685.00$ ;  $p=.000$ ). O



mesmo se verificou para o Índice de bem-estar não-afetivo ( $Mdn=61.95$ ;  $U=1734.00$ ;  $p=.000$ ) e para o Índice de bem-estar geral/total ( $Mdn=61.75$ ;  $U=1718.00$ ;  $p=.000$ ).

Para as dimensões do bem-estar verificamos, igualmente, que o grupo de idosos não doentes apresentava valores mais altos estatisticamente significativos, seja para o bem-estar físico ( $Mdn=59.49$ ;  $U=1539.50$ ;  $p=.002$ ), para o psicológico ( $Mdn=60.70$ ;  $U=1635.00$ ;  $p=.000$ ), nas relações sociais ( $Mdn=60.18$ ;  $U=1594.50$ ;  $p=.000$ ) ou ambiental ( $Mdn=62.27$ ;  $U=1759.00$ ;  $p=.000$ ) (ver tabela 9).

Tabela 9.

*Diferença do bem-estar subjetivo em função do estado de saúde*

Dimensão	Está atualmente doente?		U	P
	Sim (n=28)	Não (n= 79)		
	MeanRank	MeanRank		
Afeto positivo	36.88	60.07	1585.50	<b>.001</b>
Afeto negativo	73.38	47.13	563.50	<b>.000</b>
Índice de Felicidade	33.32	61.33	1685.00	<b>.000</b>
Bem-estar físico	38.52	59.49	1539.50	<b>.002</b>
Bem-estar psicológico	35.11	60.70	1635.00	<b>.000</b>
Bem-estar nas relações sociais	36.55	60.18	1594.50	<b>.000</b>
Bem-estar ambiental	30.68	62.27	1759.00	<b>.000</b>
Bem-estar geral	32.41	61.65	1710.50	<b>.000</b>
Índice de Bem-estar não afetivo	31.57	61.95	1734.00	<b>.000</b>
Índice de Bem-estar Total	32.14	61.75	1718.00	<b>.000</b>

Examinaram-se ainda as diferenças ao nível do bem-estar subjetivo em função do género. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (tabela 10).

Tabela 10.

*Diferença do bem-estar subjetivo em função do género*

Dimensão	Género		U	p
	Feminino (n=61)	Masculino (n= 46)		
	MeanRank	MeanRank		
Afeto positivo	52.94	55.40	1.338.50	.685
Afeto negativo	56.82	50.26	1.575.00	.278
Índice de Felicidade	51.84	56.86	1.271.50	.407
Bem-estar físico	50.14	59.12	1.167.50	.136
Bem-estar psicológico	49.29	60.25	1.115.50	.069
Bem-estar nas relações sociais	54.71	53.05	1.446.50	.782
Bem-estar ambiental	50.72	58.35	1.203.00	.207
Bem-estar geral	52.48	56.02	1.310.00	.548
Índice de Bem-estar não afetivo	50.48	58.67	1.188.00	.176
Índice de Bem-estar Total	50.98	58.00	1.219.00	.247

No seguimento dos procedimentos já realizados anteriormente, continuou-se na análise das diferenças ao nível das variáveis ligadas à religião em função do género (*hipótese 4 – As mulheres apresentam um índice de religiosidade mais elevado do que os homens*)

O teste *U Mann-Whitney* confirmou diferenças estatisticamente significativas neste sentido, sendo que o índice de religiosidade é mais alto nas mulheres ( $M= 63.62$ ) do que nos homens ( $M=41.24$ ),  $U=1990.00$ ,  $p=.000$ . O grau de crença é igualmente superior nas mulheres ( $M=62.12$ ) comparativamente aos homens ( $M=43.23$ ),  $U=1898.50$ ,  $p=.001$ . Relativamente ao grau de participação nas atividades religiosas, as mulheres voltaram a apresentar valores superiores ( $M=63.97$ ) aos homens ( $M=40.78$ ),  $U=2011.00$ ,  $p=.000$  (tabela 11).

Tabela 11.

*Diferença das variáveis ligadas à religião em função do género*

Dimensão	Género		U	P
	Feminino (n=61)	Masculino (n= 79)		
	<i>MeanRank</i>	<i>MeanRank</i>		
Índice de Religiosidade	63.62	41.24	1990.00	<b>.000</b>
Acredita na Religião	62.12	43.23	1898.50	<b>.001</b>
Grau de Prática	63.97	40.78	2011.00	<b>.000</b>

#### 4. Discussão de resultados

O objetivo do estudo teve com questão fundamental avaliar a relação entre o bem-estar subjetivo (BES) e a religiosidade na população idosa, procurando aferir qual o seu grau de contribuição para uma velhice melhor e mais positiva.

Várias investigações fornecem resultados e pressupostos que indicam que para os idosos a religião poderá potencializar comportamentos saudáveis, contribuindo de forma positiva no bem-estar, nos sintomas físicos e psicológicos (Lawler-Row & Elliott, 2009), impactando positivamente na saúde mental ou bem-estar psicológico (Ferrano, 1991). No entanto, tal como foi exposto na parte teórica deste estudo, a ligação entre espiritualidade/religião e bem-estar é alvo de debate científico uma vez que as variáveis ligadas à religião são difíceis de conceptualizar. Neste sentido, há estudos que contrariam este pressuposto e outros ainda que não revelam existir qualquer correlação. Os nossos resultados indicam uma associação negativa, ainda que fraca, entre as variáveis religiosas (índice de religiosidade, grau de crença e grau de participação em atividades religiosas) e algumas dimensões do bem-estar subjetivo, nomeadamente o psicológico. O estudo de Koenig, King e Carson (2012) concluiu esta mesma associação, não sendo pois verificável pela positiva a hipótese colocada em 1º lugar.

Efetuiu-se a análise da existência de diferenças nas variáveis relativas à religião em função do estado de saúde (ausência ou presença de doença) no idoso, não se encontrando diferença entre os grupos. Isto poderá indicar, baseando-nos nos pressupostos de outros autores (Maldian, 2005), que a religiosidade poderá ser um comportamento normal durante o processo de envelhecimento, moldado com a perceção do individuo com o avançar da idade e, conseqüente proximidade da morte, não sofrendo alterações pelo estado de saúde propriamente dito.

Segundo a literatura (e.g., Diener et al., 1999), o constructo bem-estar subjetivo inclui a resposta emocional do indivíduo (neste estudo, os níveis de afetos são mensurados pelo PANAS), a satisfação nos vários domínios da vida e as avaliações globais da satisfação com a vida (avaliadas nesta investigação pela escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF). Ao analisarmos as associações entre estes verificámos, como seria de esperar, que quanto maior o afeto negativo, menor a qualidade de vida/bem-estar subjetivo nas diferentes áreas – física, psicológica, com o ambiente e geral – e que quanto maior o nível de afeto positivo mais os indivíduos apontam uma maior qualidade de vida/bem-estar subjetivo, sentindo em várias áreas (seja a nível geral, seja a nível particular).

Com o objetivo de perceber se existiam diferenças entre os idosos doentes e aqueles que não apontaram sofrer de alguma doença relativamente ao seu bem-estar subjetivo, concluímos que em todos os domínios do bem-estar subjetivo foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Os idosos que não relataram sofrer de alguma doença foram aqueles com maiores níveis de bem-estar subjetivo. Este resultado vai de encontro ao esperado uma vez que a saúde física, bem como a dimensão física, biológica, psicológica e social da doença poderá influenciar o bem-estar (cf., Diener, 1984; Monteiro et al., 2014; Moreira et al., 2015). Galinha (2008), nesta linha de pensamento, considera que a interpretação do estado de saúde pode culminar na alteração dos níveis do bem-estar subjetivo.

Com o propósito de investigar se as variáveis relativas à religião variavam segundo o género, concluímos que as mulheres apresentaram valores mais altos tanto no grau de crença e de participação em atividades religiosas, como no índice de religiosidade. Neste sentido e num estudo longitudinal de McCullough e colaboradores (2009) concluiu-se que a religiosidade estava relacionada com a longevidade das mulheres. Isso foi

atribuído em parte ao maior bem-estar mental e físico. Para Paschoal (2006), que também verificou o índice de religiosidade mais alto no género feminino, isto poderá acontecer porque elas tendem a possuir uma pior qualidade de vida, por serem geralmente mais velhas, mais pobres e isoladas, sentindo a necessidade de compensar estes aspetos procurando apoio na religião, como mecanismo de coping (Pargament, 1999). Michalos (1986) refere mesmo que o possível impacto do género sobre o bem-estar subjetivo poderá ser indireto, ou seja, moderado através de outras variáveis preditoras, tais como as interações, no sentido dos papéis sociais e comportamentais que sujeitos de diferentes géneros vão adotando ao longo do seu ciclo vital.

Foi ainda possível concluir que a) a amostra é constituída com mais expressividade por indivíduos do género feminino, o que pode ir de encontro ao facto de estatisticamente se verificar uma maior longevidade neste sexo. De acordo com as estimativas referentes a 2005 (INE, 2006), a esperança de vida das mulheres era mais alta do que nos homens. Neste sentido, os resultados foram de encontro ao expectável com a predominância de pessoas idosas do sexo feminino, reforçando a teoria de que o envelhecimento da população obedece a determinadas características, nomeadamente a feminização da velhice (autor?); b) o estado civil mais apontado foi o de casado, o que é o de esperar tendo em conta que o casamento é um acontecimento de vida que ocorre na maioria das pessoas. Também o estado civil se associou ao bem-estar subjetivo indicando que os indivíduos que relatavam estar em situações de descomprometimento com alguém (viúvo, solteiro, divorciado) apresentavam menores níveis de bem-estar subjetivo e maiores níveis de afetos negativos. O casamento é, para Galinha (2008), a variável sociodemográfica com maior influência na satisfação com a vida e no bem-estar subjetivo. A existência de uma relação amorosa parece estimular sentimentos positivos, potenciando, possivelmente, mecanismos de superação do stresse e das dificuldades

estando associada a menores níveis de afetos negativos e a uma maior qualidade e satisfação com a vida, um maior bem-estar subjetivo (Woyciekoski et al., 2012). Esta ligação parece funcionar assentando em mecanismos de *coping* que podem influenciar o processo de envelhecimento, tornando-o no denominado envelhecimento bem-sucedido:

c) a baixa escolaridade estava patente na amostra, o que também era expetável. As habilitações literárias associaram-se positivamente a várias dimensões do bem-estar subjetivo, verificando-se, tal como no estudo de Galinha (2008) uma relação entre as duas variáveis, sendo que maiores níveis de escolaridade se associam a um maior bem-estar subjetivo. Quanto maiores as habilitações literárias menor o grau de participação em atividades religiosas e menor o índice religioso. É de notar que este índice é calculado através da soma entre as outras duas variáveis religiosas; d) todos os idosos eram católicos, não sendo apontadas outras religiões. Segundo Kim-Prieto e Miller (2018) a maioria dos estudos, originários dos países ocidentais, têm amostras predominantemente cristãs. Autores que investigam na área (e.g., Pearce & Denton, 2011) consideram que o procedimento adequado para avaliar a religiosidade deverá contemplar a conduta ou crença assim como a prática religiosa. Indo de encontro a esse pressuposto, foram tidas em análise essas questões verificando-se que a amostra apresenta um grau de crença e de participação em atividades religiosas que vão de “moderadamente” a “muitíssimo”.

### **Limitações do estudo**

Após a conclusão do estudo, importa refletir sobre as limitações que apresenta. A principal limitação desta investigação, a nosso ver, prende-se com a dificuldade de conceptualização e avaliação de variáveis ligadas à religião. Esta avaliação tem-se mostrado diversa entre os estudos, o que dificulta uma maior precisão do tema e dos dados encontrados. Segundo Pearce e Denton (2011), uma boa forma para avaliar a religiosidade

seria considerando o contexto, a conduta e a centralidade da prática religiosa na vida do indivíduo, elementos que não são contemplados no presente estudo. Considera-se que o índice de religiosidade poderia ter sido mais explorado através do uso de outros instrumentos métrico como a Escala de Orientação Religiosa (Age Universal Religious Orientation Scale) de Gorsuch e Venable (1983) ou a Escala de Religiosidade da Duke – DUREL (Duke Religious Index – DUREL) (Moreira-Almeida, Peres, Aloe, Lotufo, Neto & Koenig, 2007).

Esta limitação levanta a necessidade e a sugestão de serem desenvolvidos outros estudos sobre o tema a fim de se formar um corpo teórico e instrumentos de avaliação consistentes, fidedignos e válidos principalmente em Portugal. O impacto da religião nos fatores psicológicos em idosos é pouco estudado no nosso país o que pode limitar a sua compreensão numa perspetiva cultural.

Por outro lado, o recrutamento exclusivo de idosos da zona norte de Portugal impede a generalização de resultados. No entanto, nenhuma destas generalizações era pretensão deste estudo embora tal não invalide a pertinência de se sugerir que em futuras investigações se procure estender este estudo a outras populações, com outras idades e em diferentes meios. Considera-se, então, o presente estudo como ponto de partida para estudos futuros com amostras geograficamente mais descentralizadas.

Refira-se ainda que outras variáveis que não foram controladas, como o sexo e a idade podem ser fatores intervenientes nos processos investigados. Sendo assim, os resultados descritos aqui devem ser interpretados com cautela.

## 5. Referências

- Albuquerque, A., & Tróccoli, B. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar psicológico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153-164.
- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium*, 40, 185-199.
- Andrews, F., & Robinson, J. (1991). Measures of subjective well being. In J. Robinson, P. Shaver, & L. Wrightsman (Eds.), *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes* (pp. 61-67). San Diego: Academic Press.
- Argyle, M. (1987). *The psychology of happiness*. USA: Methuen & Co. Ltd.
- Beit-Hallahmi, B., & Argyle, M. (1997). *The psychology of religious behaviour, belief and experience*. London: Routledge.
- Berger, P. (1990). *The sacred canopy: Elements of a sociological theory of religion*. ew York: Random House.
- Billig, M., Kohn, R., & Levav, I. (2006). Anticipatory stress in the population facing forced removal from the Gaza Strip. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194 (3), 195-200.
- Blanchflower, D., & Oswald, A. (2011). International happiness: A new view on the measure of performance. *Academy of Management Executive*, 25(1), 6-22. doi:10.5465/AMP.2011.59198445
- Brown, P., & Tierney, B. (2009). Religion and subjective well-being among the elderly in China. *The Journal of Socio-Economics*, 38 (2) , 310-319.
- Camargos, M., & Rodrigues, R. (2008). Idosos que vivem sozinhos: como eles enfrentam dificuldades de saúde. *XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. Brasil.
- Cardoso, M. C., & Ferreira, M. C. (2009). Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29 (2), 380-393.



- Cavalcante, António Mourão (2002). Psicologia do idoso. *Psychiatry Online Brasil*. Maio de 2002 - Vol.7 - Nº 5.
- Chau, F., Soares, C., Fialho, J., & Sacadura, M. (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão, Universidade Católica Portuguesa.
- Cloninger C. R. (2009). The Science of well-being and comprehensive diagnosis. In I. Salloum, & J. Mezzich (Eds.), *Psychiatric Diagnosis: Challenges & Prospects* (pp. 289-296). New York: John Wiley & Sons.
- Cloninger, C. R., Adolfsson, R., & Svrakic, N. M. (1996). Mapping genes for human personality. *Nature Genet*, 12, 3-4.
- Cloninger, C. R., & Zohar, A. H. (2011). Personality and the perception of health and happiness. *Journal of Affective Disorders*, 128, 24-32. doi: 10.1016/j.jad.2010.06.012
- Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa - UNECE. (2017). *Relatório de Portugal*. Gabinete de estratégia e planeamento - República Portuguesa.
- Deaton, A. (2008). Income, health, and well-being around the world: Evidence from the Gallup World Poll. *Journal of Economic Perspectives*, 22(2), 53-72. doi:10.1257/jep.22.2.53
- Dendena, A., Dallazen, C. C., Lyra, L. R., & Tosi, P. S. (2011). Religiosidade e Envelhecimento bem-sucedido. *Unoesc e Ciência*, 2(2), 184-196.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 94, 542-575.
- Diener, E., & Diener, M. (1995). Cross-Cultural Correlates of Life Satisfaction and Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(4), 653 - 663

- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2000). New Directions in Subjective Well-Being Research: The Cutting Edge. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 27(1), 21-33.
- Diener, E., Eunkook, M., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54, 403-425. doi: 10.1146/54.101601.145056
- Diener, E., & Ryan, C. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology*, 39, 391-406. doi: 10.1177/008124630903900402
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well being . *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24 (1), 25-41.
- Diener, E., & Tov, W. (2007). Subjective Well-Being and Peace. *Journal of Social Issues*, 63(2), 421-440. doi:10.1111/j.1540-4560.2007.00517.x
- Fernández-Ballesteros, R., & Izal, M. (1992). Evaluación durante la vejez. Em R. Fernández-Ballesteros, *Introducción a la evaluación psicológica* (Vol. 2, pp. 135-148). Madrid: Ed. Pirámide.
- Findlay, R. (2003). Interventions to reduce social isolation amongst older people: where is the evidence? *Ageing & Society*, 23, 647-658.
- Finkelstein, F. O., West, W., Gobin, J., Finkelstein, S., & Wuerth, D. (2007). Spirituality, quality o flife and dialysis patient . *Nephrology Diaysisl Transplantation*, 22, 2432-2434.
- Fleck, M. (2008). *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.

- Fujita, F., Diener, E., & Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: the case for emotional intensity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 427-34. doi: 10.1037/0022-3514.61.3.427
- Galinha, I. (2008). *Bem-estar subjectivo: factores cognitivos, afectivos e contextuais*. Lisboa: Editora Quarteto.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6, 203-210.
- Galinha, I., & Pais-Ribeiro, J. L. (2011). Cognitive, affective and contextual predictors of subjective wellbeing 2 (1). *International Journal of Wellbeing*, 2 (1), pp. 34-53.
- Goldstein, L., & Neri, A. L. (1999). *Tudo bem, graças a Deus. Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice*. Editora Campinas Papirus.
- Goldstein, L. L. (2002). No comando da própria vida: a importância de crenças e comportamentos de controle para o bem-estar na velhice. In A. L. Neri & S. A. Freire (Orgs.), *E por falar em boa velhice* (pp.55-66). Campinas: Papirus.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hong, L. K., & Guff, R. W. (1997). Relative importance of spouses, children and friend in the life satisfaction of retirement community residents. *Journal of Clinical Geropsychology*, 3, 275-282.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011 resultados definitivos – Portugal*. Portugal: INE.
- Inga, A. J., & Vara, H. A. (2001). *Calidad y satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años*. Lima: Asociación para los defensores de las minorías.

- Keyes, C., Shmotkin, D., & (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Kim-Prieto, C., & Miller, L. (2018). Intersection of religion and subjective well-being. In E. Diener (Ed.), *Handbook of well-being*. (pp. 1-9). Salt Lake City: DEF Publishers.
- Koenig, H. (2008). Religion and mental health: What should psychiatrists do? *Psychiatric Bulletin*, 32(6), 201-203. doi:10.1192/pb.bp.108.019430
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press.
- Koenig, H. G., Kvale, J. N., & Ferrel, C. (1988). Religion and well-being in later life. *The Gerontologist*, 28, 18-28.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
- Koo, J., Rie, J., & Park, K. (2004). Age and gender differences in affect and subjective well-being. *Geriatrics and Gerontology International*, 4, 268-270.
- Krause, N., & Ellison, C. G. (2003). Forgiveness by God, forgiveness of others, and psychological well-being in late life. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42, 77-93.
- Lawler-Row, K. A., & Elliott, J. (2009). The Role of Religious Activity and Spirituality in the Health and Well-being of Older Adults. *Journal of Health Psychology*, 14 (1), 43 - 52.
- Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616-628.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. L., Badan-Neto, A. M., Peres, P., Peres, M., Moreira-Almeida, A., ... Koenig, H. G. (2011). Religiousness affects Mental Health, Pain

- and Quality of Life in Older People in an Outpatient Rehabilitation Setting. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(4), 316-322. doi:10.2340/16501977-0784.
- Lun, V., & Bond, M. H. (2013). Examining the relation of religion and spirituality to subjective well-being across national cultures. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(4), 304-315. doi:10.1037/a0033641
- Maldian, D. (2005). Espiritualidade / Religiosidade. Em A. L. Neri, *Espiritualidade / Religiosidade* (pp. 70-74). Campinas: Alínea.
- McCullough, M., Friedman, H., Enders, C., & Martin, L. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19, 211-222.
- McCullough, M., Friedman, H., Enders, C., & Martin, L. (2009). Does devoutness delay death? Psychological investment in religion and its association with longevity in the Terman sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 866-882.
- Mella, R., Gonzáles, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., & Diaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psykhé*, 13(1), 79-89.
- Michalos, A. (1986). Job, satisfaction, marital satisfaction, and the quality of life: A review. In J. Böhnke, & F. Oort (Eds.), *Research on the Quality of Life* (pp. 57-83). Ann Harbor: University of Michigan Institute for Social Research.
- Mónico, L.S.M, Frazão, A.A., Clemente, D.F.F, & Lucas, H.M.O. (2012). Subjetive well-being of elderly in social responses seniors home and home support servisse. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(3), 33-42.
- Monteiro, C., Dias, C., Corte-Real, N., & Fonseca, A. M. (2014). Atividade física, bem-estar subjetivo e felicidade: um estudo com idosos. *RPCD*, 14 (1), pp. 57-76.

- Montero I., León O., (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International journal of clinical and health psychology*, 7(3), 847-862.
- Moraes, J., & Souza, V. (2005). Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 302-308.
- Moreira, P., Cloninger, C., Dinis, L., Sá, L., Oliveira, J., Dias, A., & Oliveira, J. (2015). Personality and well-being in adolescents. *Frontiers in Psychology*, 5, 1-15.
- Neri, A. (2001). Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. *Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia*. São Paulo.
- OMS. (2015). *Estadísticas sanitarias mundiales*. OMS.
- OMS. (2015). *Relatorio Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra: OMS.
- OMS. (2015). *World report on ageing and health..* OMS.
- ONU. (2005). *Living arrangements of older persons around the world*. New York: ONU.
- Oishi, S., Kesebir, S., & Diener, E. (2011). Income inequality and happiness. *Psychological Science*, 22(9), 1095-100. doi: 10.1177/0956797611417262
- Pargament, K. I. (1999). The Psychology of Religion and Spirituality? Yes and No. *International Journal for the Psychology of religion*, 9, 3-16.
- Paschoal, S. (2006). Desafios da longevidade: Qualidade de vida. In C. Barchifontaine, & L. Pessini (Eds.), *Bioética e longevidade humana* (329-337). Brasil: Edições Loyola.
- Paukert, A. L., Phillips, L., Cuily, J. A., Loboprabhu, S. M., Lomax, J. W., & Stanley, M. A. (2009). Integration of religion into cognitive-behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *Journal Psychiatr Pract*, 15(2), 102-112.
- Paúl, M. C. (2011). Envelhecimento activo e redes de suporte. In O. Ribeiro, & M. C. Paúl (Eds.), *Manual de Envelhecimento Activo* (pp. 275-287). Brasil: Lidel.

- Pearce, L., & Denton, M. (2011). A faith of their own: Stability and change in the religiosity/spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *Journal of Adolescent Health, 38*, 433-442.
- Phillips, L., Paukert, A., Stanley, M., & Incorporating religion and spirituality to improve care for anxiety and depression in older adults. *Geriatrics, 64*(8), 15-18.
- Piedmont, R. L., & Friedman, P. H. (2012). Spirituality, Religiosity, and Subjective Quality of Life. In M. Sirgy, & A. Michalos (Eds.), *Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research* (pp. 313-328). Springer Science Business Media B.V.
- Piedmont, R. L., Ciarrocchi, J. W., Dy-Liacco, G., & Williams, J. E. (2009). The empirical and conceptual value of the spiritual transcendence and religious involvement scales for personality research. *Psychology of Religion and Spirituality, 1*, 162-179.
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivo de Medicina, 21*(2), 47-53.
- Porto, C. (2012). *Bem-estar subjetivo e seus determinantes: a realidade portuguesa e de alguns países da união europeia nos anos 2000*. Universidade de Lisboa.
- Ryan, R. M., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well being. *Annual Review of Psychology, 52*, 141-165.
- Sagiv, L., & Schwartz, S. (2000). Value priorities and subjective well-being: Direct relations and congruity effects. *European Journal of Social Psychology, 30*, 177-198.
- Santana, C., Cupertino, A. P., & Neri, A. (2009). Significados de religiosidade segundo idosos residentes na comunidade. *Geriatrics & Gerontologia, 3*(2), 70-77.

- Sarvimaki, A., & Stenbock-Hult, B. (2000). Quality of life in old age described as sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1025-1033.
- Sawatzky, R. (2002). *A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life*. Canada: University of British Columbia.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking. The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2(1), 26-30.  
doi:10.1111/1467-8721.ep10770572
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. (2012). A medida positiva dos afetos: Bem-estar subjetivo em pessoas casadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(1), 11-20.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Sequeira, A., & Silva, A. (2002). O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3(20), 505-516.
- Sessana, L., Finnell, D., & Jezwski, A. (2007). Spirituality in Nursing and Health-Related Literature. *Journal of Holistic Nursing*, 25(4), 252-262.
- Simões, A., Ferreira, J., Lima, M., Pinheiro, M., Vieira, C., Matos, A., & A.I. Oliveira. (2000). O Bem-estar subjetivo: o estado actual dos conhecimentos. *Psicologia Educação e Cultura*, 4(2), 243-279.
- Sirgy, J. (2002). *The psychology of quality of life*. Dordrecht: Kluwer Academy
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37(3), 364-371.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em família: Os Cuidados familiares na velhice*. Coimbra: Ambar.



- Spreitzer, E., & Snyder, E. E. (1974). Correlates of Life Satisfaction among the Aged. *Journal of Gerontology*, 29, 454 - 458.
- Stevens, N. (2001). Combating loneliness: a friendship enrichment programme for older women. *Aging Soc*, 21, 183-202.
- Strack, F., Argyle, M., & Press, N. S. (1991). *Subjective well-being: An interdisciplinary perspective*. Oxford, UK: Pergamon.
- The WHOQOL group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10):1403-9. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-K
- Van Praag, B., & Frijters, P. (1999). The measurement of welfare and well-being; the Leyden approach. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 1-35), New York: Russel Sage Foundation.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., ... Paredes, P. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31-40.
- Vazquez, C., Hervas, G., Rahona, J., & Gomez-Baya, D. (2009). Psychological well being and health: Contributions of psychology. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 5, 15-27.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1067.
- Wink, P., & Dillon, M. (2001). Religious involvement and health outcomes in late adulthood: Findings from a longitudinal study of women and men. In T. Plante

(Eds.), *Faith and health: Psychological perspectives* (pp. 75-106). New York: Guilf.

Wong, P. (1998). Spirituality, meaning and successful aging. Em P. Wong, & P. Fry, *The human quest for meaning: a handbook of psychological research and clinical applications* (pp. 359-394). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

World Health Organisation. (1993). *World Health Statistics Annual*. Geneva,: WHO.

Woyciekoski, C., Natividade, J., & Hutz, C. (2014). As contribuições da personalidade e dos eventos de vida para o bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30, 401-409.

Woyciekoski, C., Stenert, F., & Hutz, C. (2012). Determinantes do Bem-Estar Subjetivo. *Psico*, 43(3), 280-288.