

---

**Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais**

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização / Psicologia da Educação

Dissertação

**Bem-Estar, Religião e Espiritualidade em Idosos  
Portugueses.**

Joana Filipa Rosindo Canhoto

Orientador(es) / Maria Luísa Grácio

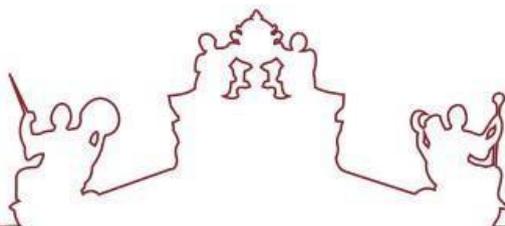
Évora 2023

---

---

---

---



**Universidade de Évora - Escola de Ciências Sociais**

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização / Psicologia da Educação

Dissertação

**Bem-Estar, Religião e Espiritualidade em Idosos  
Portugueses.**

Joana Filipa Rosindo Canhoto

Orientador(es) / Maria Luísa Grácio

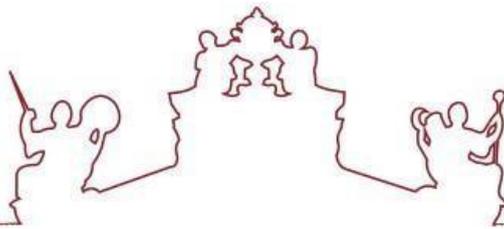
Évora 2023

---

---

---

---



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências Sociais:

Presidente / Nuno Rebelo dos Santos (Universidade de Évora)

Vogais / Maria João Carapeto (Universidade de Évora)  
(Arguente)

Maria Luísa Grácio (Universidade de Évora)  
(Orientador)

## **Agradecimentos**

A conclusão deste estudo não teria sido possível sem uma vasta gama de pessoas.

Em primeiro lugar, quero agradecer à Professora Doutora Luísa Grácio por todo o apoio e por ter sido a minha guia em todo este processo.

Aos meus pais, por serem o meu maior apoio desde que me lembro.

A todos os participantes deste estudo, por terem cedido o seu tempo e me terem recebido nas suas casas e por partilharem as suas histórias comigo.

Ao meu namorado por ter sempre a palavra certa e nunca me deixar desistir.

Por fim, mas não menos importante, à minha família alargada e a todos os meus amigos e amigas, obrigada por todo o apoio dado nesta etapa, bem como em todas as outras!

O meu mais profundo, obrigada!

## **Resumo**

O envelhecimento é descrito como um fenómeno complexo e progressivo que pode provocar, ainda que de modo diverso em cada pessoa, consideráveis transformações físicas, psicológicas e cognitivas (Nahas, 2006 citado por Maciel, 2010). A religião e a espiritualidade podem ser vistas como estratégias de  *coping*  (Pandya & Kathuria, 2021) e o envolvimento religioso e espiritual, na velhice, é um fator importante que promove o aumento do bem-estar (Cardoso & Ferreira, 2009). O objetivo deste estudo é conhecer, analisar e compreender a forma como é percebida a experiência de envelhecimento, do papel da religiosidade/espiritualidade no bem-estar subjetivo e psicológico e da integração social enquanto dimensões da qualidade de vida de idosos viúvos que vivem na sua própria casa. Os participantes têm todos mais de 70 anos e pouca escolaridade. É um estudo qualitativo em que os dados foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas e tratados através de análise qualitativa e quantitativa. Os resultados mostram que para estes participantes, o processo de envelhecimento ocorreu de forma gradual e para outros como tendo corrido várias perdas marcantes. A religiosidade/espiritualidade funciona muitas vezes como estratégia de  *coping*  relativamente a estas perdas.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Religiosidade; Religião; Espiritualidade; Bem-estar

## **Abstract**

Well-Being, Religion and Spirituality in Portuguese Elderly.

Aging is described as a complex and progressive phenomenon that can cause, although differently in each person, considerable physical, psychological and cognitive transformations (Nahas, 2006 cited by Maciel, 2010). Religion and spirituality can be seen as coping strategies (Pandya & Kathuria, 2021) and religious and spiritual involvement in old age is an important factor that promotes increased well-being (Cardoso & Ferreira, 2009). The objective of this study is to know, analyze and understand how the experience of aging is perceived, the role of religiosity/spirituality in subjective and psychological well-being and social integration as

dimensions of the quality of life of elderly widowers who live in their own house. Participants are all over 70 years old and have little education. It is a qualitative study in which data were collected through semi-structured interviews and treated through qualitative and quantitative analysis. The results show that for these participants, the aging process occurred gradually and for others as having occurred several significant losses. Religiosity/spirituality often works as a coping strategy in relation to these losses.

Keywords: Aging; Religiosity; Religion; Spirituality; Well-being

## Índice

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	ii
Abstract.....	ii
Índice.....	iv
Índice de tabelas.....	v
1. Introdução e enquadramento teórico.....	6
1.1. Envelhecimento e longevidade: aspetos demográficos e contextuais.....	6
1.2. Envelhecimento bem-sucedido.....	10
1.3. Envelhecimento, qualidade de vida e bem-estar.....	12
1.4. Envelhecimento, religião, religiosidade e espiritualidade.....	16
2. Objetivos.....	19
3. Método.....	20
3.1. Participantes.....	20
3.2. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados.....	21
3.3. Procedimento de análise de dados.....	22
4. Apresentação e análise de resultados.....	24
4.1. Tema I. Experiência de envelhecimento.....	24
4.2. Tema II. Religião, espiritualidade e Qualidade de vida: o Bem-Estar Subjetivo....	31
4.3. Tema III. Inserção do sujeito na comunidade: Bem-estar social.....	34
4.4. Tema IV. Religião: Bem-estar psicológico.....	36
5. Discussão... ..	39
5.1. Experiência de Envelhecimento.....	39
5.2. Religião, Espiritualidade e Qualidade de vida: O Bem-Estar Subjetivo.....	42
5.3. Inserção do sujeito na comunidade: Bem-estar Social.....	44
5.4. Religião: Bem-Estar Psicológico.....	45
6. Conclusões.....	47
7. Referências bibliográficas.....	50
8. Anexos... ..	60
Anexo 1. Questionário Sociodemográfico.....	60
Anexo 2. Tabela de caracterização dos participantes.....	68

Anexo 3. Guião de entrevista .....	70
Anexo 4. Declaração de consentimento informado .....	72
Anexo 5. Grelha de análise temática .....	73

### **Índice de tabelas**

Tabela 1. Perceção geral de envelhecimento .....	25
Tabela 2. Ganhos e perdas.....	27
Tabela 3. Autoperceção de religiosidade/espiritualidade .....	31
Tabela 4. Práticas religiosas/espirituais e Bem-estar subjetivo .....	32
Tabela 5. Bem-estar social: Inserção do sujeito na comunidade- Apoio .....	34
Tabela 6. Religiosidade /espiritualidade como estratégia de coping.....	36
Tabela 7. Qualidade de vida: Bem-estar psicológico e objetivos .....	38

## 1. Introdução e enquadramento teórico

O envelhecimento é um fenómeno que tem vindo a ganhar importância ao longo do tempo. Tal fenómeno faz com que os idosos estejam expostos a várias mudanças na sua vida, sejam elas relacionadas com a saúde, bem como sociais (Cabral et al., 2013). É pois pertinente perceber de que forma a religião e a espiritualidade influenciam o bem-estar e a qualidade de vida e neste estudo em particular, em idosos que vivem sozinhos em meio rural e nas suas próprias casas, visto que tanto a religião como a espiritualidade têm sido identificadas como formas de melhorar o bem-estar e a saúde (Pilger et al., 2021).

Os objetivos gerais deste estudo consistem em conhecer a perceção dos idosos sobre o seu próprio envelhecimento e sobre o papel da religião e espiritualidade no seu bem-estar subjetivo, psicológico e social. São apresentados o enquadramento teórico, os objetivos, o método, integrando a caracterização dos participantes descrevendo a recolha e análise de dados. Segue-se a análise dos resultados, sua discussão e as conclusões.

### 1.1. Envelhecimento e longevidade: Aspectos demográficos e contextuais

O envelhecimento é descrito como um fenómeno complexo e progressivo que pode provocar, ainda que de modo diverso em cada pessoa, consideráveis transformações físicas, psicológicas e cognitivas (Nahas, 2006 citado por Maciel, 2010). De acordo com a teoria de *life-span* de Baltes (Baltes et al., 2006) o ser humano não deixa de se desenvolver quando atinge a idade adulta, sendo um processo de desenvolvimento até à morte e atravessando etapas onde existem ganhos e perdas.

É a partir dos 60 anos que a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera uma pessoa idosa nos países em desenvolvimento e nos países desenvolvidos a partir dos 65 anos. Nestes é comum associar envelhecimento ao início da reforma (OMS, 2002; Marques Meneses et al., 2014). No caso particular de Portugal, em 2019, 22% da população tem uma idade igual ou superior a 65 anos e verifica-se que a maior parte destes idosos reside no interior do país (PORDATA, 2019). Por consequência, a esperança média de vida aumentou, sendo de 83 anos para os homens e de 87 anos para as mulheres (PORDATA, 2018).

Um fenómeno que se relaciona com o envelhecimento e que merece ser aqui evidenciado é a feminização da velhice. Este fenómeno demonstra que na população idosa a

percentagem de mulheres é significativamente maior do que a de homens (Sousa et al., 2018). No entanto, verificou-se que no geral, as mulheres vivem com menos qualidade de vida. Este facto deve-se a uma multiplicidade de fatores como por exemplo, o nível de escolaridade mais baixo encontrado nas mulheres e um maior declínio de saúde (Sousa et al., 2018).

Os recursos económicos apresentam também uma grande importância em todo o processo de envelhecimento e particularmente nas mulheres, pois são elas que apresentam níveis mais altos de vulnerabilidade neste aspeto devido às carreiras precárias que possuíram ao longo da vida e que conseqüentemente levam a uma baixa reforma (Rodrigues, 2006 citado por Rodrigues et al., 2016).

A viuvez (término da relação conjugal devido à morte de um dos cônjuges) é por muitos autores caracterizada como uma das etapas naturais do processo de envelhecimento (Blanner et al., 2021). Ficar viúvo(a) é visto como um acontecimento bastante traumático, pois não afeta só a pessoa, mas também toda a estrutura social que a circunda (Galicioli et al., 2012). Perder o cônjuge, independentemente da faixa etária, é uma experiência bastante stressante e que em muitos casos potencia problemas físicos e emocionais. Um estudo realizado por Blanner e colaboradores (2021), concluiu que problemas de saúde física são mais comuns em pessoas viúvas do que em pessoas que continuam casadas.

Um outro fator muito importante ligado ao envelhecimento é a dependência funcional. Esta difere consoante o género do sujeito, bem como por exemplo, do estado matrimonial da pessoa. A maior parte dos idosos mostra ser funcional nas atividades básicas do dia-a-dia (Nunes et al., 2010 citado por Bastos et al., 2015), mas com o avançar da idade (E.g., idade superiores aos 70 e 80 anos) tornam-se cada vez mais dependentes. Vários estudos demonstram que a dependência se correlaciona com vários fatores como por exemplo a depressão, as doenças neurológicas e as dores crónicas (Nunes et al., 2010 citado por Bastos et al., 2015).

A idade por si só não é um fator determinante, mas é importante na medida em que vários estudos (E.g. Hooren et al., 2007; Bourne et al., 2010; Martínez-Vidal et al., 2011) demonstram que com o aumento da idade diminui a capacidade cognitiva (citado por Bastos et al., 2015). Outros fatores como o género, a rede de suporte social e o estilo de vida também demonstram ser bastante importantes. No entanto, como já foi referido anteriormente, cada pessoa constrói uma rede de recursos cognitivos que pode ajudar a deter e/ou atrasar este declínio (Bastos et al., 2015).

As redes de apoio apresentam uma grande importância para o bem-estar e para a qualidade de vida dos idosos pois permitem que os indivíduos mantenham a sua pertença social e a capacidade de manterem o acesso serviços e materiais da comunidade (Paúl et al., 2003). No que concerne às redes de apoio e vizinhança, a literatura demonstra que idosos que vivem em locais onde existem, por exemplo, bibliotecas que sejam acessíveis de forma pedestre ou através de transportes públicos são mais propícios a ter uma vida social e cultural mais ativa (Bastos et al., 2015). As redes sociais podem ser definidas através de quatro fatores, sendo estes: a sua dimensão, a sua composição (existência de membros familiares e não familiares), a frequência do contacto e a sua densidade (E.g. Wellman & Berkowitz, 1988; Marin & Wellman, 2010 citado por Paúl et al., 2003). Quando se analisa a composição das redes sociais e de apoio verifica-se que idosos que vivem em locais menos populosos apresentam uma rede social mais centrada na família, enquanto os que vivem em locais mais populosos apresentam uma rede social mais composta por vizinhos e amigos (Paúl et al., 2003). A idade é um fator bastante importante no que concerne à composição das redes, sendo que com o aumento da idade existe uma tendência para o aumento de elementos de família na composição das redes (Paúl et al., 2003). No que concerne à frequência de contacto dos idosos com os elementos das suas redes sociais esta é relativamente semelhante para todos, na medida em que estabelecem contactos diários ou semanais com os membros da sua rede social, no entanto, esta tendência tende a diminuir com o aumento da idade. O estado civil interfere na frequência de contacto que se estabelece, sendo que aqueles que estão casados e viúvos estabelecem mais contacto com os seus familiares do que, por exemplo, os solteiros e divorciados. Já o género não apresenta nenhuma influência na frequência de contacto com a rede social (Paúl et al., 2003).

Por fim, a densidade da rede, que se caracteriza pela qualidade afetiva das relações que são estabelecidas na rede de contacto, é mais forte quando os membros da rede são familiares. Posto isto, um fator importante é o facto de a pessoa viver sozinha, pois apresenta uma rede pessoal menos densa e por sua vez, recorre a círculos sociais mais alargados do que o seio familiar, recorrendo assim, por exemplo aos vizinhos (Paúl et al., 2003).

As redes de apoio social tendem ainda a sofrer a influência de vários fatores, como por exemplo a qualidade dos laços familiares e a qualidade dos contactos relacionados com o acesso à saúde.

Envelhecer num ambiente familiar e seguro relaciona-se com uma maior satisfação com a vida o que se verifica em idosos na faixa etária dos 60 aos 70 anos pois no general mantém-

se saudáveis e proativos, já pelo contrário, idosos na faixa etária acima dos 80 anos começam a demonstrar vários problemas a nível de saúde com implicações para a sua independência e autonomia (Stones & Gullifer, 2016). Com o aumento da longevidade nos países ditos desenvolvidos aumentou também o número de idosos que continuam a viver na sua própria casa apesar do declínio físico e mental próprio da idade (Iwarsson et al., 2007). Para vários idosos o facto de permanecerem na sua casa representa a manutenção da sua independência e individualidade encontrando-se uma afeição à mesma devido a todos os objetos físicos e também a todas as memórias que se associam à permanência na sua residência (Hidalgo & Hernandez 2001; Marcus 1995; Rowles 2003; Rubinstein 1989 citado por Stones & Gullifer, 2016).

Em termos contextuais torna-se também importante a distinção entre meio rural e meio urbano apesar de ser muito controversa. Existem autores que se baseiam na junção de vários critérios como o número de população no local, a forma como é feita a produção dos recursos, por exemplo se é agrícola ou industrial e nos tipos de habitações (por exemplo, se são casa ou apartamentos) (Paúl et al., 2003).

No meio rural a vida do idoso “está um pouco minorada pelo facto de viver numa comunidade pequena onde todos são mais ou menos conhecidos, quando não ainda parentes (...) (Ibidem, p. 11 citado por Melo & Neto, 2003). Assim sendo, em geral, o idoso do meio rural é considerado muito mais independente. No meio urbano as relações são mais impessoais, com um menor grau de relação entre os sujeitos e “onde cada um se preocupa com os seus problemas, sem tempo para pensar a vida do seu vizinho idoso” (Melo & Neto, 2003, p. 108).

Com o aumento da idade, as atividades quotidianas resumem-se cada vez mais à casa e a locais circundantes da mesma sendo que os adultos idosos gradualmente passam cada vez mais tempo em casa (Iwarsson, et al., 2007). Envelhecer na sua própria casa permite ao idoso a manutenção da sua autonomia e também manter a sua participação social (Iwarsson, et al., 2007). É o chamado “*aging in place*” que se refere à satisfação que provém de envelhecer na própria casa pois o idoso é capaz de manter a sua autonomia, o que consequentemente leva a um aumento da qualidade de vida (Vanleerberghe et al., 2017). A independência que viver sozinho e realizar as suas atividades diárias permite é um aspeto fundamental quando falamos de envelhecimento. Realizar estas atividades e integrar outras de cariz social é essencial para manter o bem-estar e a saúde na velhice (Iwarsson, et al., 2007).

A satisfação com a habitação aumenta com o envelhecimento. Existindo ainda uma ligação positiva entre a qualidade da habitação e o bem-estar (Evans et al., 2002 citado por Iwarsson, et al., 2007).

Gerir o seu próprio meio ambiente, por si só, representa uma importante fonte de bem-estar para os idosos, especialmente aqueles que são frágeis ou moram sozinhos. A casa é vista na velhice, como o local mais importante, onde acontecem as principais transformações que caracterizam esta etapa da vida e vários estudos demonstram que permanecer na própria casa é um dos maiores desejos dos idosos (Iwarsson, et al., 2007). No entanto, o contrário também existe, ou seja, para alguns idosos permanecer na sua casa é um fator que afeta negativamente o bem-estar, na medida em que é potenciador de sentimentos de melancolia e solidão (Rubinstein et al., 1992 citado por Iwarsson, et al., 2007).

## 1.2. Envelhecimento Bem-Sucedido

O envelhecimento é um processo complexo que envolve algumas alterações ao nível biológico, psicológico e social. Este pode ser descrito em função de três perspetivas. Uma biológica, em que a pessoa se confronta com várias problemáticas, por exemplo a fragilidade crescente. Uma social onde o papel do idoso se altera, o que requer uma nova construção sobre o seu novo papel na sociedade. Por fim, os sujeitos deparam-se com o envelhecimento psicológico, onde é necessário que os idosos se adaptem a todas as alterações que ocorrem ao longo do processo (Paúl, 2005). Os fatores individuais e culturais apresentam grande importância no processo de envelhecimento sendo essenciais para a forma como a própria sociedade se adapta aos processos de envelhecimento (Gonçalves, 2015). Os ambientes culturais e individuais são cada vez mais importantes, não tendo em conta só a parte biológica (Drewelies et al., 2019).

Com o aumento da longevidade, devido a avanços na área da saúde, da economia e da industrialização (Rodrigues et al., 2016), aparecem também novos desafios, emergindo assim a necessidade da promoção de um envelhecimento ativo e saudável (Rodrigues et al., 2016). O termo de envelhecimento saudável e ativo proposto pela OMS caracteriza-se por “um processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (OMS, 2002 p. 653 citado por Gonçalves, 2015). O envelhecimento saudável e ativo é determinado por três

características essenciais, a saúde, a participação e a segurança. Assim, ter saúde é fundamental para que o indivíduo continue a desenvolver a sua participação ativa na sociedade de forma segura, o que pode ocorrer em âmbitos diferentes (social, físico ou financeiro) sendo remunerada ou não (OMS, 2002). A Comissão Europeia desenvolveu um conjunto de práticas para promover o desenvolvimento ativo e saudável, a título de exemplo, que o sujeito consiga manter a sua educação ao longo da vida (Cabral et al., 2013 cit. por Gonçalves, 2015).

Rowe and Kahn (1987), consideram o envelhecimento bem-sucedido baseado em três normas: i) baixa ocorrência de declínio de saúde física; ii) existência de capacidade cognitiva e física; iii) existência de vontade de estar vivo e de se manter ativo na sociedade (citado por Wahl, 2020). E este é importante pois apresenta uma mudança no paradigma ideológico na medida em que o envelhecimento deixou de ser associado a algo maioritariamente negativo, associado a perdas e declínio para ser um processo contínuo de desenvolvimento associado também a ganhos (Luz & Amatuzzi, 2008). Erikson, (1963) desenvolve a teoria psicossocial considerando oito períodos em que o ser humano se depara com épocas de desenvolvimento que devem ser ultrapassadas de forma a promover o desenvolvimento bem-sucedido. Quatro destas fases ocorrem durante a infância. A última fase deste modelo denomina-se integridade do ego vs. desespero, em que os idosos aceitam a vida que possuem e tentam não se desmoralizar pelas falhas e oportunidades perdidas no passado. Ao ultrapassar positivamente esta época do desenvolvimento, surge um aumento do bem-estar (Ardelt et al., 2018).

O modelo de Baltes & Baltes, (1991) define o envelhecimento bem-sucedido como a manutenção de competências em vários domínios através dos processos de seleção, otimização e compensação. Tais processos de potencialização dos ganhos e de diminuição das perdas vão proporcionar um bom envelhecimento (Freire et al., 2012). Para um envelhecimento bem-sucedido é essencial que se consiga manter uma coerência entre os ganhos e as perdas (Brito et al., 2017). Os ganhos e as perdas são condicionados por fatores pessoais por exemplo, a idade do sujeito e também tendo em conta a cultura em que o sujeito está inserido. É considerado que as pessoas podem controlar de forma adaptativa a dinâmica ganhos e perda através de três processos básicos, sendo estes a seleção, otimização e compensação (SOC) (Freire et al., 2012). A seleção diz respeito aos mecanismos que atuam ao nível da pessoa e do ambiente em que está inserido de forma a ajudar o sujeito a escolher em que áreas da sua vida vai investir. Este processo é realizado através da criação de objetivos pessoais que são organizados e categorizados de forma que o sujeito atribua sentido à sua própria vida (Freire

et al., 2012). A seleção divide-se em dois tipos de subprocessos: i) a seleção eletiva (escolher face às alternativas a que mais se adequa); ii) a seleção baseada em perdas (onde se elimina um objetivo anteriormente relevante face ao declínio dos seus meios para o alcançar). Após o sujeito identificar os níveis da sua vida em que se vai envolver surge o processo de otimização. Este refere-se à forma que o sujeito adquire para otimizar as suas características de maneira a manter o envelhecimento bem-sucedido e conseqüentemente os seus objetivos (Freire et al., 2012). Por fim, o processo de compensação concerne às estratégias que são utilizadas pelo indivíduo relativamente às perdas das suas capacidades. Assim, são usados os recursos que o indivíduo possui para manter o seu nível de funcionamento (Baltes et al., 1998).

### 1.3. Envelhecimento, Qualidade de vida e Bem-estar

A problemática da qualidade de vida tem vindo a ganhar relevo principalmente ao nível da população idosa numa sociedade que é caracterizada por ser cada vez mais envelhecida. Segundo a OMS (OMS, 2001) a qualidade de vida é definida como “perceção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e de valores em que as pessoas vivem, estando esta relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações” (Marques et al., 2014 p. 76). O conceito de qualidade de vida tem vindo a evoluir e é entendido por diversos autores de formas distintas (Walker, 2005). Ainda assim, é avaliada pelo próprio sujeito, tendo em conta as perceções subjetivas, mas também pelas condições objetivas, por exemplo a empregabilidade (Marques et al., 2014).

No que concerne à velhice, a qualidade de vida vai ser influenciada pelas experiências passadas que acompanharam todo o curso de vida do indivíduo, i.e., fatores pessoais situacionais e ambientais. Assim, definir a qualidade de vida na velhice assemelha-se muitas vezes às definições de outros períodos da vida. Mas, no geral, os idosos percecionam como fatores que proporcionam qualidade de vida a saúde, a capacidade de se manter ativo na sociedade e a qualidade das redes de apoio social e económico (Walker, 2005).

Segundo Schalock (2000), existem oito dimensões que caracterizam a qualidade de vida, sendo estas: 1) o bem-estar emocional (onde se engloba a satisfação com a vida); 2) as relações pessoais onde se podem inserir todos os tipos de relações sociais bem como as bases de apoio seja este físico, emocional ou financeiro; 3) a dimensão do bem-estar material reportando-se a características como o emprego e o tipo de bens da pessoa; 4) o

desenvolvimento pessoal englobando os fatores que envolvem o tipo de educação, as próprias competências pessoais do sujeito e o alcançar dos objetivos; 5) o bem-estar físico relativo à qualidade da saúde bem como todos os cuidados; 6) a autodeterminação englobando a autonomia, os objetivos pessoais e as preferências que os sujeitos possuem; 7) a inclusão social relativa a uma boa integração na comunidade bem como uma participação social ativa; 8) os direitos, humanos e legais.

O conceito de qualidade de vida é complexo e multifacetado apresentando uma dimensão subjetiva e outra objetiva. A subjetividade reporta-se a aspetos de interpretação e avaliação que o sujeito faz da sua própria vida (Marques et al., 2014), sendo que muitas vezes as avaliações subjetivas que são feitas pelos sujeitos tendo em conta o bem-estar e a saúde toram-se mais importantes do que certos fatores objetivos (Walker, 2005).

Por sua vez, a satisfação com a vida pauta-se pela presença de vários fatores sendo eles de cariz pessoal, social e psicológico (Sequeira, 2010 citado por Martins et al., 2015) dependendo da forma como o indivíduo se avalia a si próprio tendo em conta o seu curso de vida (Kaučič et al., 2017). Encontra-se relacionada com um envelhecimento bem-sucedido (Sequeira, 2010; Martins et al., 2015) podendo permitir a superação de problemas que podem surgir ao longo da vida (Martins et al., 2015).

Existem diversas variáveis importantes que ditam a satisfação com a vida, sendo elas de cariz sociodemográfico, de personalidade, estratégias de *coping* e autoestima (Calixto & Martins, 2001; Candeias, 2014). Vários autores demonstram que a satisfação com a vida tende a aumentar, especialmente na velhice através de, por exemplo, novas estratégias de *coping* para lidar com as atividades do dia-a-dia e com os problemas de saúde (Kaučič et al., 2017). Dentro das estratégias de *coping* insere-se a espiritualidade, que apesar de muitas vezes ser um conceito de difícil definição, é também algo que se encontra presente em todos os seres humanos. Assim, a espiritualidade ajuda o indivíduo a clarificar o seu propósito na vida e a conhecer os seus recursos interiores para lidar com a mesma (Musek, 2005 citado por Kaučič et al., 2017).

A qualidade dos relacionamentos que o sujeito possui é também um forte preditor da perceção do sujeito em relação à satisfação com a vida (Martins et al., 2015). Um dos relacionamentos importantes é o do casal verificando-se que quanto mais satisfeitas as pessoas se encontram no casamento, mais felizes estão também a nível individual e pessoal, o que leva a um aumento do bem-estar subjetivo e da satisfação com a vida (Scorsolini-Comin & Santos,

2010). A literatura evidencia que pessoas que são casadas (independentemente do sexo) afirmam sentir mais felicidade do que as que não são casadas (Scorsolini-Comin & Santos, 2010). Segundo Seligman, (2004) o casamento está diretamente correlacionado com a felicidade. Este fenômeno também se aplica aos que vivem com um parceiro, não sendo casadas (Passareli & Silva, 2007). Todas as relações sociais são muito importantes para o ser humano, especialmente para os idosos em que vão afetar fortemente a satisfação com a vida que possuem (Tomini et al., 2016). Possuir relações frequentes com alguém vai afetar positivamente a satisfação com a vida e o bem-estar. Assim, quanto mais a pessoa está satisfeita com a vida, mais relações sociais procura e possui (Tomini et al., 2016).

O bem-estar é um construto que começou a ser estudado no final do século XX surgindo intimamente ligado à economia sendo então apelidado de bem-estar material (Fernández-Ballesteros, 2003 citado por Novo, 2005). Surgiu a necessidade de criar um conceito que não estivesse apenas ligado a condições materiais, mas que abordasse outras variáveis da vida dos sujeitos, como por exemplo, a saúde e as relações pessoais (Galinha, 2008). Assim, nos anos sessenta, o bem-estar deixou de ser caracterizado apenas como material e passou a ser denominado de bem-estar global tendo em conta todas as dimensões da vida dos indivíduos (Galinha, 2008). Devido à grande quantidade de teoria que foi produzida acerca do bem-estar surgiram três perspectivas principais: a do bem-estar psicológico que integra conceitos como a autoaceitação, autonomia, relações positivas, domínio do ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal (E.g., Ryff, 1995); o bem-estar social que integra a coerência social, a atualização social, aceitação social e contribuição social enfatizando a importância das relações sociais e da integração na sociedade (E.g., Keyes, 1998) e a do bem-estar subjetivo que integra as dimensões do afeto positivo e negativo e da satisfação com a vida (E.g., Diener, 2000).

O bem-estar psicológico é um construto multidimensional (Galinha, 2008) baseado na percepção que a pessoa possui, tanto a nível emocional como social, em relação aos desafios que a vida lhe apresenta. O bem-estar psicológico apresenta seis componentes essenciais: autoaceitação (atitudes positivas que o sujeito deve possuir), relacionamento positivo com os outros, autonomia, domínio do ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal (Galinha, 2008). Indivíduos com bem-estar psicológico reconhecem o seu próprio potencial, apresentando-se disponíveis para viver novas experiências que contribuam para o seu desenvolvimento, seja esta emocional ou social e possuem maior capacidade de superação de dificuldades (Resende & Neri, 2009). Esta teoria baseia-se assim em três importantes pilares:

o desenvolvimento psicológico ao longo do ciclo de vida, a saúde mental e o crescimento pessoal (Frazier et al., 2005).

O bem-estar social surge do modelo proposto por Keyes (1998) que demonstra a importância da área social e pública, bem como as relações estabelecidas do indivíduo para a conservação do seu bem-estar (Novo, 2005). Assim, o bem-estar social é avaliado tendo em conta a satisfação que o sujeito apresenta para com o meio, as suas relações e as suas tarefas sociais, por exemplo, a sua relação com os seus vizinhos (Novo, 2005). É constituído por cinco dimensões (Keyes, 1998), a integração social (medida em que o indivíduo se sente pertença e aceite na sociedade), a contribuição social (de que forma se vê como contribuindo para a sociedade), a coerência social (compreensão da sociedade e atribuição de sentido à mesma), aceitação social (aceitação das diferentes partes da sociedade) e a realização social (sentir-se realizado e.g. profissionalmente).

O bem-estar subjetivo (BES) possui duas componentes básicas: o afeto (componente emocional) e a cognição (componente racional), sendo a conjugação favorável das duas que promove o bem-estar subjetivo (Giacomoni, 2004). Relativamente à componente emocional é necessário ter em conta os afetos positivos e negativos, sendo assim necessário que ao longo da vida o sujeito consiga experienciar um equilíbrio entre os afetos positivos e os afetos negativos para desenvolver bem-estar e também experienciar mais afetos positivos do que negativos ao longo da vida (Siqueira & Padovam, 2008). Para além dos afetos positivos e negativos o bem-estar subjetivo engloba também a satisfação com a vida sendo esta a avaliação que a própria pessoa faz dela (Diener, 2000). Há que considerar três grandes aspetos do bem-estar: a subjetividade (a experiência que varia de indivíduo para indivíduo); o facto de que para haver bem-estar subjetivo não basta a ausência de fatores negativos, mas também a existência de fatores positivos e por fim, o facto de o bem-estar subjetivo se relacionar com a globalidade da vida do indivíduo e não apenas com pequenas partes da mesma (Diener, 1984, citado por Giacomoni, 2004).

Segundo Seligman (2011), existem cinco componentes que caracterizam o bem-estar subjetivo: as emoções positivas, o compromisso, as relações, a procura de significado e o desempenho. Para este autor é a combinação destes cinco fatores que formam o bem-estar subjetivo do sujeito e lhe dão a possibilidade de desenvolvimento (citado por Goodman et al., 2018). Relativamente aos valores do bem-estar na sociedade portuguesa, estes são consideravelmente mais baixos do que a média de valores europeus (Novo, 2005).

Quer a religião quer a espiritualidade podem providenciar ao ser humano bem-estar subjetivo nomeadamente ajudando-o a encontrar um sentido para a vida, uma forma de superar o sofrimento, a perda e o medo da morte que se encontram ligados à velhice (Pocinho et al., 2016).

#### 1.4. Envelhecimento, religião, religiosidade e espiritualidade

Para definir religião, é necessário ter em consideração as crenças, mas também a institucionalização que forma toda a experiência religiosa proporcionando muitas vezes um local de socialização (Gomes et al., 2014). Por sua vez, a religiosidade é definida como a prática da religião, que pode ser institucional, através de participação em cerimónias, ou não, sendo uma experiência intrínseca de cada indivíduo (Koenig, 2012 citado por Pilger et al., 2021) e que ajuda os sujeitos a lidar com a vida mais tranquilamente e contribuindo para a redução do *stress* e aumento do bem-estar (Gomes et al., 2014).

A espiritualidade pode ser definida como a busca do transcendente e do significado para a vida e também pela procura da divindade (Singh et al., 2020). A espiritualidade é uma “expressão ou prática do crente que pode estar relacionada com uma instituição religiosa” (Gomes et al., 2014, p. 107).

A religiosidade e a espiritualidade encontram-se intimamente ligadas. No entanto, pode ser-se religioso sem se ser espiritual e por sua vez, pode ser-se espiritual sem seguir as diretrizes religiosas (Gschwandtner, 2021).

A principal diferença entre estes três conceitos é o facto de a espiritualidade e a religiosidade fazerem parte de uma dimensão esotérica que varia de sujeito para sujeito (Gomes et al., 2014), enquanto a religião está ligada aos dogmas e regras oficializadas, como por exemplo ter um local específico para a realização do culto (Gomes et al., 2014).

A religião, a religiosidade, a espiritualidade e as relações sociais são vistas como alguns dos tipos de estratégias de *coping* mais importantes (Galicioli et al., 2012). As estratégias de *coping* são as formas como o sujeito lida com os problemas/situações stressantes (Pocinho et al., 2016) e por sua vez, o *coping* religioso é a forma como a pessoa utiliza as suas crenças para enfrentar os problemas (Pinto & Pais-Ribeiro, 2009 citado por Pocinho et al., 2016).

A religião pode provocar efeitos positivos na socialização dos indivíduos e ser um mecanismo de *coping*. Aumenta ainda o bem-estar, apoio social e oportunidades de

socialização e de integração na sociedade (Gomes et al., 2014). Pode ainda significar um aumento da qualidade de vida e das condições de saúde e ser encarada como uma forma complementar e/ou alternativa aos tratamentos farmacêuticos (Bakhtiari et al., 2019). Para além dos benefícios da religião associados à saúde física e mental, verificou-se também que esta pode ser um fator protetor contra o risco de suicídio (Gearing & Alonzo, 2018). Segundo o tipo de motivação que leva a pessoa a tornar-se religiosa pode distinguir-se em dois tipos, a religião intrínseca e extrínseca (Allport & Ross, 1967 citado por Przepiorka & Sobol-Kwapinska, 2018). A religião intrínseca está presente quando a experiência religiosa é prazerosa para o sujeito (Allport & Ross, 1967 citado por Przepiorka & Sobol-Kwapinska, 2018) e são os fundamentos religiosos que motivam o comportamento que o sujeito adota, ou seja, é a religião a principal motivação do sujeito (Abdel-Khalek, 2019). Esta é também definida como o grau de comprometimento da pessoa com as suas crenças, afeta a saúde dos idosos (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Por outro lado, a religião extrínseca foi caracterizada inicialmente por Allport (1963) como uma forma de integração social e também vista como um mecanismo de *coping* contra a ansiedade (Przepiorka & Sobol-Kwapinska, 2018) através de comportamentos que procuram, por exemplo, um estatuto social e como um meio para atingir os seus fins (Abdel-Khalek, 2019). Um estudo realizado por Donahue (1985) mostrou a relação positiva entre a religiosidade extrínseca com o preconceito e a ansiedade face à morte, o que não se verificou ao correlacionar esses fatores com a religiosidade intrínseca (citado por Przepiorka & Sobol-Kwapinska, 2018). Ainda um estudo realizado com adultos e com idosos verificou uma maior prevalência de práticas religiosas em idosos do sexo feminino (Rodrigues et al., 2017). Apesar de em muitos estudos existir desacordo, há algo que é comum a todos: o papel da religião é de facto importante na vida do ser humano pois é muitas vezes associada a sentimentos de felicidade e satisfação com a vida (Przepiorka & Sobol-Kwapinska, 2018). É necessário perceber que o ser humano não se restringe apenas a um tipo de religião. Assim, os sujeitos diferem é na forma em que se integram dentro de cada um dos tipos religiosos. O grau em que cada uma se expressa no sujeito pode variar devido a vários fatores como por exemplo, a raça e a cultura em que está inserido (Allport, 1963 citado por Przepiorka & Sobol-Kwapinska, 2018).

A espiritualidade pode ser descrita, alargadamente, como “a inclinação humana a perseguir o sentido para a vida mediante as concepções que superam o visível” (Rodrigues et

al., 2017, p.430) e é também muitas vezes associada à procura de resposta sobre o sentido da vida e que pode ser, ou não, através de práticas religiosas já estabelecidas na comunidade (Koenig et al., 2012 citado por Rodrigues et al., 2017). Procura ainda o significado da vida de forma metafísica e mais individualista (Pocinho et al., 2016). Existem várias teorias que tentam explicar e justificar o uso do termo espiritualidade, como por exemplo, quando se insere este conceito no tema da realidade existencial significa que esta é vista como uma experiência (caracterizada por ser subjetiva e pessoal), ou seja, é vista também como uma forma de lidar com algo que é desconhecido, como por exemplo a morte (Peçanha & Da Silva, 2005). Para uma pessoa que é guiada pela espiritualidade, esta deve centrar a sua vida na sua própria fé e através dela decidir o seu percurso de vida bem como o seu comportamento (Peteet et al., 2019). Nos últimos 20 anos a definição de uma pessoa espiritual tem vindo a ser alterada e adaptada reportando-se a alguém que não precisa de se declarar religioso para ser espiritual surgindo assim dois conceitos distintos: a religiosidade e a espiritualidade (Peteet et al., 2019).

E na população idosa, a espiritualidade é uma parte cada vez mais uma integrante da qualidade de vida devido a todas as vulnerabilidades a que estão sujeitos (Pontes et al., 2020) e também um recurso para lidar com as adversidades da mesma (Bittar et al., 2017). Este facto deve-se à conexão encontrada entre a espiritualidade (tal como a religião) e os mais variados aspetos da saúde física e mental (Peteet et al., 2019). E Musek (2005) demonstrou que a espiritualidade aumenta com o envelhecimento, enquanto a saúde física e mental tendem a diminuir, no entanto, a espiritualidade parece contribuir para um envelhecimento saudável (citado por Kaučič et al., 2017).

O envolvimento religioso e espiritual, na velhice, é um fator que promove um melhor funcionamento psicossocial e aumento do bem-estar (Cardoso & Ferreira, 2009) e também ajuda a atribuir um significado à vida (Kumari & Sangwan, 2020). Esta participação social tende a diminuir com o aumento da idade devido à diminuição da qualidade da saúde (Mindel & Vaughan, 1978 citado por Cardoso & Ferreira, 2009) mas tal não faz com que o idoso perca a sua participação em atividades de cariz religioso, tornando-as assim uma experiência mais pessoal, que continua a existir e a aumentar (Cardoso & Ferreira, 2009). A participação social leva ainda, em muitos casos, a uma melhoria das capacidades cognitivas da pessoa idosa (Kumari & Sangwan, 2020). Em muitas culturas a espiritualidade é também percecionada como um recurso fundamental para a manutenção da qualidade de vida (Sytsma et al., 2018) sendo que durante a pandemia de covid-19 aumentou a necessidade dos sujeitos recorrerem à

espiritualidade e o bem-estar espiritual foi um importante preditor de bem-estar (González-Sanguino et al., 2020).

Tanto a espiritualidade como a religiosidade influenciam positivamente o bem-estar subjetivo dos indivíduos (Cardoso & Ferreira, 2009) seja através do suporte espiritual propriamente dito como da rede de apoio que se cria ao frequentar atividades de cariz religioso (Cardoso & Ferreira, 2009) e através dela os idosos conseguem atribuir significado às experiências passadas e presentes afetando a forma como experienciam o dia a dia (Mubasirun, 2021). Estão também ambas relacionadas com a melhoria da saúde, principalmente nos idosos. Isto deve-se ao facto de os sujeitos, ao tornarem-se espirituais e religiosos, mudarem, por exemplo, as suas rotinas diárias e assim tornarem-se mais sociais e abandonarem a solidão (Rodrigues et al., 2017).

Denota-se, em investigações já realizadas que muitos idosos entendem a religião e a espiritualidade com o mesmo significado. No entanto, este paradigma tem vindo a alterar-se nos últimos anos, na medida em que muitos idosos começam a identificar-se como espirituais, mas não religiosos (Peteet et al., 2019).

## **2. Objetivos**

O objetivo geral do estudo consistiu em conhecer, analisar e compreender a forma como é percecionada a experiência de envelhecimento, o papel da religiosidade/espiritualidade no bem-estar subjetivo e psicológico e a integração social enquanto dimensões da qualidade de vida de idosos viúvos que vivem na sua própria casa.

Tal objetivo geral traduz-se nos seguintes objetivos mais específicos:

- Identificar a experiência geral de envelhecimento;
- Identificar os principais ganhos e perdas percecionados no processo de envelhecimento;
- Identificar a autoperceção e práticas de religiosidade/espiritualidade;
- Identificar a perceção do papel da religiosidade/espiritualidade no bem-estar subjetivo;
- Identificar o papel da religiosidade/espiritualidade no bem-estar psicológico;
- Identificar aspetos do bem-estar social.
- Identificar a perceção do papel da religiosidade/espiritualidade no bem-estar subjetivo;
- Identificar o papel da religiosidade/espiritualidade no bem-estar psicológico;
- Identificar aspetos do bem-estar social.

O envelhecimento crescente da população portuguesa traz para primeiro plano a problemática da vivência do processo de envelhecimento e de como envelhecer com maior bem-estar e qualidade de vida. Diversos estudos revelam que a espiritualidade e a religião se encontram relacionados com vários aspetos da saúde física e mental (e.g., Petet et al., 2019) que o envolvimento religioso e espiritual favorece um melhor funcionamento psicossocial, aumenta o bem-estar (e.g., Cardoso & Ferreira, 2009) e ajuda a atribuir um significado à vida (e.g., Kumari & Sangwan, 2020). Neste sentido, torna-se relevante perceber como foi para estes idosos portugueses envelhecer e qual o papel da religiosidade/espiritualidade no seu bem-estar subjetivo, psicológico e social.

### **3. Método**

O estudo realizado é descritivo e de natureza qualitativa. A escolha deste tipo de estudo e da técnica de recolha de dados através de entrevistas semiestruturadas prendeu-se com os objetivos, com as características dos participantes, E.g., idosos com escassa escolaridade, possibilitando-lhes uma maior compreensão das questões e com a procura por parte do investigador, de uma abordagem mais profunda e compreensiva da temática a ser estudada. Como principal desvantagem deste tipo de metodologia destaca-se a morosidade implícita na preparação, recolha e análise dos dados (Adhabi & Anozie, 2017).

#### **3.1. Participantes**

Foram estabelecidos 5 critérios de inclusão dos participantes no estudo: 1) residir nas suas próprias habitações; 2) possuir escassa escolaridade (desde a sua inexistência ao equivalente ao 4º ano); 3) ser viúvo/a; 4) possuir mais de 70 anos e 5) residir em Moura, cidade rural que no total do concelho conta com 13 258 habitantes (PORDATA, 2021).

Participaram no estudo 20 idosos, 10 do sexo feminino e 10 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 71 e os 92 anos, com uma média de idades de 79 anos.

Passaremos a descrever os dados recolhidos através do questionário sociodemográfico (Anexo 1) e que se encontram na tabela de caracterização dos participantes (Anexo 2). Relativamente às habilitações literárias a grande maioria dos idosos concluiu o primeiro ciclo de instrução primária (N=16; 80%) e quatro (20%) não sabem ler nem escrever.

No que concerne ao tempo de viuvez, só um participante enviuvou há menos de um ano (10%), sete (35%) enviuvaram entre 1 e 4 anos, três (15%) enviuvaram entre 5 a 8 anos (15%), dois participantes enviuvaram entre nove a doze anos (10%) e seis (30%) há mais de 13 anos.

Todos os participantes têm como rendimento a sua própria pensão de reforma, sendo que doze (60%) recebem ainda uma reforma do cônjuge.

Quanto ao contexto sociofamiliar, a grande parte dos participantes tem filhos (N=19; 95%) e netos (N=17; 85%). Em termos sociais, a maior parte dos participantes costuma contactar regularmente com os seus amigos e vizinhos (N=12; 60%), para além disso metade deles (50%) costuma sair para ir às compras, ao jardim, café, etc. e a outra metade não (50%).

Relativamente à religiosidade/espiritualidade, dezassete participantes acreditam em Deus (ou em algo espiritual ou têm alguma devoção) (85%). Treze (65%) participantes indicaram não ter qualquer prática religiosa/espiritual individual (e.g., rezar). Questionados sobre se são praticantes de alguma religião, quinze participantes afirmaram que não (75%) e 5 (25%) que sim. No entanto, onze participantes (55%) afirmaram participar nas celebrações religiosas relativas a procissões. Tal pode significar que esta participação, para estes sujeitos, é de um foro mais social e cultural do que propriamente religioso.

### 3.2. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

Neste estudo foram utilizados dois instrumentos de recolha de dados, sendo eles o questionário sociodemográfico (Anexo 1) e o guião de entrevista semiestruturada (Anexo 3). Este tipo de entrevista apesar de seguir um guião fixo, permite também ao investigador ter liberdade para abordar aspetos que à partida não estavam definidos e que podem vir a contribuir favoravelmente para os objetivos do estudo (Batista et al., 2017). Outra das suas vantagens consiste na flexibilidade na sua realização pois o entrevistador pode, por exemplo, reformular as questões de forma que os participantes as compreendam melhor e para além disso, podem ser realizadas com participantes que não saibam ler nem escrever, como é o caso de alguns participantes deste estudo (Batista et al., 2017).

Para a recolha de dados foi construído de raiz um guião de entrevista semiestruturada a partir da realização e análise de duas entrevistas exploratórias a um idoso do sexo feminino e outro masculino. Tal teve como objetivo identificar potenciais aspetos importantes a abordar e que à partida não tivessem sido considerados, bem como identificar a linguagem mais adequada

na formulação das questões (Campenhoudt & Quivy, 2008). Estas entrevistas iniciais permitiram também perceber a melhor forma de ordenar as questões durante a entrevista de modo a facilitar o raciocínio dos participantes ao longo da mesma. Após a análise das entrevistas exploratórias construiu-se o guião final que ficou organizado em quatro temas relacionados com dimensões específicas da qualidade de vida e do bem-estar: I) Experiência de envelhecimento; II) Religião, Espiritualidade e Qualidade de vida: Bem-Estar Subjetivo; III) Inserção do sujeito na comunidade: Bem-estar social; IV) Religião: Bem-estar psicológico. Este guião final de entrevista contou com 15 perguntas principais de carácter aberto e 10 questões subsidiárias para obtenção de esclarecimento e informação adicional (e.g., Porquê? Com que frequência?).

A recolha de dados iniciou-se com o contacto com os idosos e com a obtenção do consentimento informado (Anexo 4), sendo garantida a confidencialidade dos dados. Aos participantes que não sabem ler nem escrever, foi-lhes lido e explicado o consentimento informado e, tal como aos outros, prestadas informações sobre o estudo. Começámos por aplicar o questionário sociodemográfico, tendo como objetivo não só uma caracterização detalhada de cada participante, mas também que cada sujeito ficasse confortável e disponível para as perguntas da entrevista.

A entrevista foi realizada num único momento, combinado previamente e decorreu na residência de cada idoso. O tempo máximo das entrevistas foi 1h20m e o mínimo de 25m. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra com o objetivo de ser fiel ao discurso do participante e evitar qualquer viés. Nas transcrições foram garantidos todos os processos metalinguísticos, tais como as pausas e expressões verbais características dos participantes (Batista et al., 2017).

### 3.3. Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados baseou-se essencialmente na análise de conteúdo (AC), devido às suas propriedades interpretativas (Graneheim et al., 2017). A análise de conteúdo pode ser descrita como “um conjunto de técnicas de análise de comunicações” (Bardin, 1977, p. 31), permitindo identificar os pontos comuns e distintos dos discursos dos participantes bem como o conteúdo manifesto e latente dos mesmos (Graneheim et al., 2017).

Após a transcrição das entrevistas foi feita uma pré-análise do discurso patente nas mesmas (Erlingsson & Brysiewicz, 2017). Nesta fase foi de extrema importância a organização dos dados de forma a tornar a pesquisa e a análise mais planeadas (Bardin, 1977, citado por Mendes & Miskulin, 2017). Realizou-se uma leitura flutuante, tomando contacto com as indicações presentes nesses dados de modo a permitir um pensamento exploratório dos mesmos (Franco, 2008 citado por Mendes & Miskulin, 2017).

De seguida, iniciou-se o processo de categorização seguindo-se um critério de codificação semântico, considerando-se todas as unidades mínimas de significado. Foram criadas as categorias, agrupando-se os dados e impondo-se uma certa organização dos mesmos (Lima & Pacheco, 2006).

Para a criação de categorias foram seguidos procedimentos abertos ou exploratórios, sendo que as categorias surgiram à *posteriori* da recolha de dados, i.e., este é um processo indutivo na medida em que as categorias são criadas a partir dos resultados da recolha de dados. Outra propriedade tida em conta no processo de categorização foi a sua maleabilidade pois este pode ser alterado no decorrer do processo de análise de conteúdo (Lima & Pacheco, 2006). As categorias foram criadas segundo as regras de; i) exclusão mútua, o conteúdo de cada categoria não se sobrepõe a outra; ii) exaustividade, todo o discurso dos participantes como tido considerado (Bardin, 1977; Mendes & Miskulin, 2017); iii) homogeneidade das categorias, não misturando aspetos diferentes do discurso; iv) pertinência, i.e., os dados recolhidos, bem como os participantes vão de encontro aos objetivos do estudo (Bardin, 1977 citado por Mendes & Miskulin, 2017); v) objetividade e fidelidade, diferentes partes do mesmo material, ao qual se aplica a mesma lógica categorial, foram codificadas da mesma forma sendo que codificadores diferentes chegaram a resultados iguais, tendo sido discutidas as divergências encontradas o que conduziu a um consenso; vi) produtividade, traduzida em resultados conducentes a inferências, hipóteses novas e dados exatos (Lima & Pacheco, 2006).

A unidade de registo advém das entrevistas e das respetivas transcrições (Bardin, 1977) caracterizando-se por ser a menor parte do conteúdo, mas também uma das mais importantes (Lima & Pacheco, 2006). As unidades de registo foram categorizadas através do acordo interjuízes, na medida em que foram acordadas por dois codificadores as melhores formas de alocar cada unidade de registo na respetiva categoria tendo em conta a análise do discurso onde se engloba uma análise semântica e sintática (Lima & Pacheco, 2006).

As unidades de contexto podem ser caracterizadas como o lado mais amplo das unidades de registo. Assim, por exemplo uma unidade de contexto pode ser a própria entrevista recolhida, pois é onde se inserem as próprias unidades de registo (Lima & Pacheco, 2006) neste estudo, a análise do discurso dos sujeitos foi realizada sempre no contexto das perguntas colocadas mesmo quando os participantes referiam aspetos de outras perguntas, as quais não deixaram de se colocar.

Foi por fim realizada uma análise quantitativa através do registo de ocorrências/frequências, E.g. uma análise estatística descritiva simples. O critério de registo de ocorrências consistiu na anotação da presença de todas as diferentes unidades de registo que cada participante verbalizou em cada categoria ou subcategoria e não no número de vezes que o mesmo participante expressou tal ideia em cada categoria ou subcategoria. Tal quantificação permite uma visão alargada a nível de análise de dados mostrando quais as categorias mais importantes ou interessantes para o grupo dos participantes supondo-se que há um significado diferente se o objeto em causa tiver sido mais referido ou por número de sujeitos ou por “maior frequência das alusões a esse objeto nos discursos recolhidos” (Lima & Pacheco, 2006, p.121).

A grelha de análise temática e categorial com as categorias, subcategorias, critérios e respetivas unidades de registo encontra-se no Anexo 5.

#### **4. Apresentação e análise de resultados**

##### 4.1. Tema I. Experiência de envelhecimento

O principal objetivo deste tema é o de conhecer a autoperceção dos idosos sobre o seu próprio envelhecimento. Este tema é constituído por dois subtemas, “Perceção geral de envelhecimento” e perceção de “Ganhos e perdas”.

##### 4.1.1. Perceção de envelhecimento

Neste primeiro subtema os dados foram obtidos através de três perguntas abertas: “Como foi para si envelhecer?”; “Quando é que começou a sentir que estava a envelhecer/que já não era novo, que mudanças sentiu? Porquê?” e “à medida que envelheceu sentiu que a sua religiosidade/espiritualidade aumentou ou não? Porquê?” A tabela 1 apresenta os resultados obtidos na totalidade deste subtema relativamente às categorias, subcategorias, subsubcategorias e respetivo número de verbalizações.

relativamente às categorias, subcategorias, subsub categorias e respetivo número de verbalizações.

### Tabela 1

*Subtema I.1 Perceção geral de envelhecimento, categorias, subcategorias, frequências e percentagens.*

Categorias	Subcategorias	Subsubcategorias	n	%	
1. Perceção geral da experiência de envelhecimento	1.1. Gradual		6	9	
	1.2. Manutenção de força/autonomia		2	3	
2. Mudanças sentidas	2.1. Normalidade/aceitação		11	16	
		2.2. Perdas			
		2.2.1. Perda de saúde	10	15	
			2.2.2. Perda de ânimo	2	3
			2.2.3. Perda de familiares	8	12
	2.3. Medos	2.3.1. Medo de perda de saúde	3	4	
		2.3.2. Medo de perda de espaço de vida	1	1	
		2.4. Religiosidade como estratégia de <i>coping</i> face às mudanças		5	7
3. Religiosidade	3.1. Religiosidade sem alterações		13	19	
	3.2. Aumento de religiosidade		5	7	
	3.3. Diminuição de religiosidade		2	3	
Total:			68	100	

A perceção geral da experiência do envelhecimento foi a categoria com menor número de verbalizações reportando-se sobretudo a um processo de passagem gradual do tempo (N=6; 9%) e escassamente como manutenção da força/autonomia (N=2; 3%):

*“Quando os anos começaram a passar por cima de mim” (P3)*

*“Envelhecer? Foi os anos irem passando. (...) Foi... ir vivendo a minha vida e os anos iam-se passando.” (P9)*

A categoria onde se registaram mais verbalizações foi nas mudanças sentidas (N=38; 55%) a qual apresenta quatro subcategorias.

Em termos globais as mudanças ocorridas no processo de envelhecimento são percecionadas em primeiro lugar como perdas efetivas (N= 20; 30%), seguindo-se uma visão de normalidade e aceitação das mudanças (N= 10; 15%), estratégias de *coping* relativas ao envelhecimento assentes na religiosidade (N= 5; 7%), e por fim a emergência de medos (N=4; 5%).

A percepção do envelhecimento enquanto mudança constituída por perdas (N=20; 30%), revela que as mesmas se reportam à perda de saúde efetiva (N=10; 15%), de familiares (N=8; 12%) e de ânimo (N=2; 3%).

*“tenho pouca saúde, sou diabética, sou hipertensão, com a tensão alta (P3)*

*“No dia em que o meu filho partiu... Sim. (...) Perdi o melhor da vida. E que tive que modificar-me e tentar para não me ir abaixo completamente... agarrar-me a alguém. E esse alguém são os meus netos (...) Normal. Com alguma tristeza porque quando comecei a envelhecer comecei a ter muitas perdas.” (P11)*

*“muitas vezes também a falta de vontade.” (P5)*

Os participantes referem-se também às mudanças do envelhecimento como algo natural e aceite (N= 10; 15%) independentemente de ser ou não acompanhado de dificuldades, nomeadamente diminuição do estado de saúde.

*“Ora como foi... (risos) tive outra opção? É a lei natural da vida, assim como nascemos também envelhecemos por isso...” (P20)*

*“Não tenho levado mal... porque sei que temos de ir para velhos e então olha... não é dizer que me custa... olha já sou velha, (...) O meu filho é que me diz: “mãe, você daqui a pouco tem oitenta anos vai só para velhota” e eu, deixa filho” (P3)*

As mudanças sentidas prendem-se também com dois tipos de medos, o de perda de saúde (N=3; 4%) e residualmente o de perda do seu espaço de vida atual, ou seja, ter de sair da sua casa, o ambiente em que viveu toda a sua vida (N=1; 1%).

*“(...) De saber que envelhecia por causa da saúde, sempre com medo de me faltar a saúde. Então custou-me muito envelhecer.” (P6)*

*“(...) e não estar na minha casa” (P2)*

Ainda relativamente às mudanças no processo de envelhecimento a religiosidade surge referida espontaneamente como estratégia de *coping* face a tais mudanças. A religiosidade é vista como uma estratégia para obtenção de amparo e ajuda e partilha/confidência de desgostos (N=5; 7%):

*“e olha só lhe peço a Deus, [tenho pouca saúde, sou diabética, sou hipertensão, com a tensão alta] mas lhe peço a Deus tantas vezes, por isso rezo tanto, que esta poucachinha de saúde] que me deixe indo e não me ponha pior.” (P3).*

*“Digo me Deus tu trouxeste-me até esta data e ampara-me sempre” (P14).*

*“Só Deus sabe o desgosto que tenho ido [tinha uma filha que aquilo era uma riqueza] (P7)*

Relativamente à questão específica sobre alterações à religiosidade com o envelhecimento, ou seja, se a mesma aumentou ou não, a maior parte das verbalizações indicam percepção da inexistência de alterações (N=13; 19%).

*“Não... Está igual (...) Sim, não sei explicar, mas não sei... está igual tudo o que eu queria, tudo se manteve” (P1).*

*“Ah... Manteve-se igual.” (P2)*

É também expressa a ideia de que a religiosidade/espiritualidade aumentou ao longo do processo de envelhecimento (N=5; 7%) por anteriormente já ser religioso e devido ao aumento do tempo livre.

*“Pois, mais e ainda mais. A semente está cá e é para todos” (P14).*

*“Sim! (...) A espiritualidade aumentou. Aumentou porque eu tenho muito mais tempo disponível para ler e para me dedicar a coisas que eu gosto. E geralmente é ir procurar mais... além” (P11)*

Residualmente, surgiram apenas duas verbalizações correspondentes a dois participantes distintos, que indicam que a sua religiosidade/espiritualidade diminuiu ao longo do envelhecimento, o que se relaciona com perdas não especificadas que foram ocorrendo ao longo da vida, quer com a perda de familiares que eram o motor de religiosidade (N=2; 3%).

*“Não, menos, fui perdendo muita coisa ao longo dos anos e isto [a religiosidade] foi uma delas” (P19).*

*“Acho que pelo contrário... fui perdendo (...) Porque quem me puxava muito para isso era a minha esposa e depois dela falecer levou com ela essa minha parte.” (P16)*

#### 4.1.2. Subtema I.2. Ganhos e perdas

No subtema 2 tentamos perceber os ganhos e perdas decorrentes do processo de envelhecimento e as estratégias de *coping* utilizadas para lidar com as mesmas. Os dados foram recolhidos igualmente através de três perguntas abertas: “Acha que ao envelhecer também ganhou ou melhorou algumas coisas? Se ganhou/melhorou refira o quê. Porquê?”; “Acha que ao envelhecer também perdeu ou piorou algumas coisas? Se perdeu/piorou, refira o quê. Porquê?” e “como lida /o que faz para lidar ou enfrentar essas perdas?”. encontram-se. Na tabela 2 apresentam-se os dados obtidos relativamente às categorias, subcategorias e respetivo número de verbalizações.

### **Tabela 2**

*Subtema I.2 Ganhos e perdas: categorias, subcategorias, frequências e percentagens.*

Categorias	Subcategorias	n	%
1. Inexistência de alterações		9	13
2. Presença de Ganhos	2.1. relacionar-se melhor com a família	1	1
	2.2. Pensar de forma diferente	1	1
	2.3. Pensão	1	1
	2.4. Fé	1	1
3. Presença de perdas	3.1. Perceção exclusiva de perdas	7	10
	3.2. Perda de gosto por se arranjar	1	1

	3.3. Deixar de sair	1	1
	3.4. Perda de marido/familiares	6	9
	3.5. Perda de independência	1	1
	3.6. Perda de vontade	2	3
	3.7. Perda de forças/saúde	7	10
4. Ausência de perdas		8	12
5. Inexistência de uso de estratégias específicas	5.1. Não necessita	6	9
	5.2. Não enfrenta/fuga	1	1
	5.3. Inexistência de autorregulação	1	1
6. Existência de Estratégias	6.1. Manutenção das ocupações	3	4
	6.2. Autorregulação de pensamentos	1	1
	6.3. Aceitação	7	10
	6.4. Toma de medicação prescrita	1	1
	6.5. "Adições"	1	1
	6.6. Oração	1	1
Total:		68	100

Relativamente ao volume de verbalizações, a maior categoria diz respeito à presença de perdas durante o processo de envelhecimento (N=25; 35%) o que demonstra que os participantes quando questionados sobre o seu envelhecimento referem em maior número as perdas do que ganhos decorrentes desse processo. Ao serem analisadas as respostas fornecidas, foram identificadas sete subcategorias relativamente às perdas decorrentes do processo de envelhecido.

A primeira subcategoria com mais verbalizações é referente a que quando questionados à cerca dos ganhos, vários participantes referiram que não existiram ganhos ao longo do seu processo de envelhecimento, mas sim que existiram perdas, sejam elas perdas gerais ou de saúde (N=7; 10%):

*“Ganhar? (risos) Não, acho que não... só o que tenho é perdido...” (P17)*  
*“Dores com fatura.” (P19)*

Com igual número de verbalizações, surge a perda de forças/saúde (N=7; 10%):

*“Foi o modo de vida que eu tinha... e graças a Deus nem tive dores. Tive só a vesícula. Tinha saúde. Agora não... uma vez é um braço, outra vez é outra coisa. E começa assim.” (P10).*

e a perda de marido/familiares (N=6; 9%):

*“Quer dizer... eu só perdi mais depois de perder o meu marido e perder uma sobrinha, não falando nos outros todos. Mas essa sobrinha então perdi muito... porque era muito querida. Uma filha que eu não tive, mas de coração era.” (P6)*

Foi ainda referido pelos participantes, de forma residual, a perda de vontade (N=2; 3%) onde se verifica uma perda de vontade generalizada com a vida, perda do gosto por se arranjar

(N=1; 1%) onde demonstra que perdeu o interesse por cuidar de si, o deixar de sair (N=1; 1%) onde se verifica que perdeu o interesse para sair como fazia anteriormente, a perda de independência (N=1; 1%):

*“Perdi tanta coisa... (risos) Perdi... pronto perde a gente a vontade de tudo.” (P13)*

*“Ah, sim, sim (...) Eu gostava de muita coisa. De comprar roupa por exemplo, e fui perdendo esse gosto. A gente perde. Todas as pessoas perdem (P2)*

*“Primeiro porque eu já não saio como saia... Já não saímos e penso para que é que quero isto, para que é que quero aquilo... Estas coisas assim.” (P2)*

*“e a minha independência... cada dia que passa perco mais.” (P17)*

A segunda categoria com o maior número de verbalizações é a existência de estratégias (N=14, 18%) onde conseguimos perceber as estratégias utilizadas para lidar com as perdas que foram ocorrendo ao longo do processo de envelhecimento, sendo que o número de verbalizações é superior quando comparado com a categoria de inexistência de estratégias. Relativamente às estratégias utilizadas, a aceitação foi a mais referida, e em que os participantes demonstram uma aceitação em geral não especificada ou uma aceitação baseada na paciência, esperança e calma (N=7; 10%):

*“Ora como é que lido... vou vivendo e tenho que aceitar, não há mais remédio nenhum” (P7)*

Foi também referido pelos participantes que a manutenção das ocupações é algo muito importante face às perdas devido a poderem distrair-se de diversas formas tais como atividades da vida diária em casa e pequenas saídas (N=3; 4%):

*“Olhe... Limpo o que está limpo para andar distraída. Para me distrair. Porque se andar de levante ando melhor, percebe?” (P2)*

De forma residual, foi ainda referido como estratégias a autorregulação (N=1; 1%), a toma de medicação receitada (N=1; 1%), as adições (N=1; 1%) e a oração (N=1; 1%):

*“E tento dar a volta à minha cabeça” (P13)*

*“Isto é assim... não tomo nada para isto. Só tomo os do coração, colesterol e sistema nervoso. Tomo dois de manhã, o do colesterol é de noite.” (P8)*

*“Oh é álcool e comprimidos, conforme calha.” (P10)*

*“Rezo e peço a Deus.” (P14)*

De seguida, surge a categoria onde se verifica que não existiram alterações a nível de ganhos e perdas decorrentes do seu processo de envelhecimento (N=9; 13%):

*“Não...Fiquei igual” (P2).*

Com o mesmo número de verbalizações, emergem as categorias de ausência de perdas onde se verifica precisamente a perceção de ausência de perdas ao longo do processo de envelhecimento (N=8; 12%):

*“Não, também, não... É como eu digo, eu estou bem.” (P1)*

e a inexistência de uso de estratégias específicas (N=8; 12%) sendo que a maior parte referiu que não necessitavam de estratégias, pois o seu processo de envelhecimento estava a correr de boa forma e pleno (N=6; 9%):

*“Não tenho grandes coisas... sinto-me mesmo bem.” (P1).*

De forma residual, foi referido (N=1; 1%) estratégias de não enfrentação/fuga e de inexistência de autorregulação cognitiva/emocional (N=1; 1%):

*“Não lido. Ignoro.” (P17)*

*“pensar na vida que tinha e que tenho. E tou pensando sempre para amanhã que hei de piorar, não ter vontade de andar, de girar... tou já a sentir e cada vez sinto menos vontade de certas coisas. Coisas que eu gostava... de cantar. Eu fui ali da banda, mestre do grupo. Gostava de cantar à alentejana.” (P9)*

Por fim, surge a categoria de presença de ganhos, onde todas as subcategorias surgem de forma residual, o que podemos verificar que não acontece na categoria presença de perdas, onde as verbalizações são mais elevadas, o que demonstra que estes idosos percebem o envelhecimento como um processo onde existem mais perdas do que ganhos. Sendo estas o relacionar-se melhor com a família onde se verifica uma melhoria do relacionamento com a família (N=1; 1%), o pensar de forma diferente onde se evidencia uma nova forma de pensar que ajuda a lidar com as dificuldades (N=1; 1%), o ganho da pensão/reforma (N=1; 1%) e o aumento da fé (N=1; 1%):

*“O saber mais... lidar mais com a família... Ah, netos... bisnetos é que não tenho, é pena (risos).” (P5)*

*“Sim, muito. Quando a gente tem o nosso sentidinho bom, uma pessoa pensa, realmente o que os nossos pais diziam era tudo verdade, os anos tiram tudo, mas se a gente tiver muita força de vontade não os deixa cair.” (P6)*

*“Só estava ganhando a reforma.” (P15)*

*“Epa... talvez pela fé, mais nada. É aquela fé que eu tenho.” (P18)*

Em termos de análise quantitativa é de destacar que grande parte dos participantes (N=9; 13%) referiu uma inexistência de alterações referentes aos ganhos e perdas que poderiam surgir ao longo do processo de envelhecimento que vai de encontro à segunda categoria mais referida que se refere à inexistência de alterações (N=8; 12%) que demonstra a percepção de

ausência de perdas e de ganhos. No que concerne às perdas surgem com a mesma frequência a perdas sobrepostas aos ganhos (N=7; 10%) e a perda de forças de saúde/força (N=7; 10%) o que demonstra que a nível das perdas, estas foram muito mais referidas e evidenciadas pelos participantes. Por fim, e também na mesma frequência (N=7; 10%) é de salientar a utilização da aceitação como principal estratégia para lidar com as perdas sofridas ao longo do envelhecimento baseada na paciência, esperança e calma.

## 4.2. Tema II. Religião, espiritualidade e Qualidade de vida: o Bem-Estar Subjetivo

O principal objetivo deste tema é perceber de que forma a religião, a espiritualidade e a qualidade de vida influenciam o bem-estar subjetivo e de que forma estão relacionados entre si. Este tema é constituído por dois subtemas: “Autoperceção de religiosidade/espiritualidade” e “Práticas religiosas e bem-estar subjetivo”.

### 4.2.1 Subtema II.1. Autoperceção de religiosidade/espiritualidade

Neste subtema, tentámos perceber em que medida os participantes se auto percebem como sendo religiosos ou não. Os dados foram obtidos através de uma pergunta aberta: “Considera-se uma pessoa religiosa ou espiritual? Porquê?”. A tabela 3, apresenta os dados obtidos relativamente às categorias, subcategorias e respetivo número de verbalizações segundo o critério sujeitos.

#### **Tabela 3**

*Subtema II.1 Autoperceção de religiosidade/espiritualidade, categorias, subcategorias, frequências e percentagens.*

Categorias	Subcategorias	n	%
1. Considera-se religioso	1.1. Não especificado	9	45
	1.2. Presença de fé	9	45
2. Existência de dúvidas		1	5
3. Não se considera religioso		1	5
Total:		20	100

Verifica-se que a maior parte dos idosos se percebe como religioso (N=18; 90%). Constatando-se que 9 deles (45%) consideram-se religiosos, mas sem apresentar nenhum motivo em específico:

*“Sim, posso dizer que sim (...) Olhe como já lhe disse, sempre fui ensinado dessa forma” (P17)*

Outros 9 participantes (45%) consideram-se religiosos devido à existência de fé (N=9; 45%):

*“É a fé em Deus. Encontro só aí... a fé em Deus.” (P3).*

Um dos participantes, apresenta dúvidas sobre se é ou não religioso (N=1; 5%) e um outro participante não se considerareligioso (N=1; 5%):

“Mais ou menos... nem uma coisa nem outra. O ser humano é assim, não... e não sei explicar mais nada.” (P5)  
 “Ahn, não.” (P19).

#### 4.2.2 Subtema II.2. Práticas religiosas/espirituais e Bem-estar subjetivo

Neste subtema pretendemos verificar se ser religioso/espiritual aumenta a satisfação com a vida dos participantes e também a frequência de participação da igreja ou grupo espiritual. Os dados obtidos foram também recolhidos através de uma pergunta aberta: “Ser religioso ou espiritual ou ter fé ajuda-o a sentir-se mais satisfeito com a sua vida? Porquê?”. Na tabela 4, apresentam-se as categorias e subcategorias bem como a respetiva quantificação de verbalizações.

#### **Tabela 4**

*Subtema II.2 Práticas religiosas/espirituais e Bem-estar subjetivo, categorias, subcategorias, frequências e percentagens.*

Subtema	Categorias	Subcategorias	n	%	
II.2					
Práticas religiosas e bem-estar subjetivo	1. Existência de Aumento de satisfação com a vida	1.1. Apoio/suporte	11	28	
		1.2. Aumento não especificado	3	8	
		1.3. Aumento por vezes	3	8	
	2. Inexistência de aumento de satisfação com a vida		3	8	
	3. Frequência de participação de igreja ou grupo espiritual	3.1. Não frequentou	9	23	
		3.2. Frequente de forma periódica-diminuída pelo contexto	7	18	
		3.3. Frequente de forma esporádica	2	5	
		3.4. Frequentou, mas já não frequenta	2	5	
	Total:			40	100

A categoria onde surgiram mais verbalizações denomina-se frequência de participação de igreja ou grupo espiritual (N=20; 56%) onde quando questionados se já frequentaram ou frequentam alguma igreja ou grupo espiritual, foi referido que nunca frequentaram (N=9; 25%):

*“Não. Nunca quis”* (P3)

*“Não... não frequento nada, nem nunca pensei nesse sentido. Os meus netos até andam na catequese, mas não.”* (P18)

As justificações apresentadas exibem todas a predominante ideia de que não são praticantes e de que nunca frequentaram qualquer igreja ou grupo espiritual devido a esse facto.

Quanto aos participantes que referiram frequentar a igreja, verificámos que existiam dois tipos de participações, a de periodicidade, que é diminuída pelo contexto (N=7; 19%) e a esporádica que foi referida de forma residual (N=2; 6%).

No primeiro tipo de participação apurámos que os participantes indicam que existia periodicidade na frequência da igreja, mas que a mesma diminuiu durante o período de pandemia de covid-19 e também devido ao envelhecimento e às dificuldades de mobilidade:

*“Nossa Senhora do Carmo. Olha agora a maior parte das vezes que a gente quer ir ali à igreja ela está fechada. Não podemos ir... muita coisa... a gente se levanta de manhã a pedir fé.”* (P7).

De forma residual, foi ainda referido pelos participantes uma participação esporádica (N=2; 6%), nomeadamente em acontecimentos festivos importantes:

*“Não... o que tenho de fazer de casamentos e batizados e no tempo do Natal é o que frequento. Mas não faço pouco de nada.”* (P9).

Também de forma residual, surge a frequência anterior da igreja, mas que atualmente já não frequentam (N=2; 6%):

*“Hoje não... Frequentava muito no tempo da minha mulher. Olha acompanhava-a nas idas à igreja e na procissão, por exemplo.”* (p5)

A principal justificação por terem deixado de frequentar a igreja é o facto de as suas esposas terem falecido e assim, conseqüentemente, deixaram de frequentar o meio pois era com elas que o faziam.

Relativamente ao aumentou ou não de satisfação com a vida, grande parte referiu que aumenta a satisfação com a vida (N=17; 47%). Em termos de análise verificou-se que é devido à religião ser um apoio/suporte e proporcionar apoio emocional, aumento de bem-estar, satisfação e companhia/diminuição da solidão e segurança (N=11; 31%):

*“Sim, sim, sim... Porque a gente tem que ter uma coisa onde se agarrar, e então a gente está satisfeita. É o que eu sinto.”* (P1).

Verifica-se assim que tanto a espiritualidade como a religiosidade influenciam positivamente o bem-estar subjetivo dos indivíduos (Diener, 1984 citado por Cardoso & Ferreira, 2009) seja através do consolo espiritual propriamente dito, ou também pela rede de apoio que se cria ao frequentar atividades de cariz religioso (Ellison, 1991 citado por Cardoso & Ferreira, 2009).

Foi ainda referido que a religião os ajuda a sentirem-se mais satisfeito, no entanto não conseguem identificar o porquê (N=3; 8%):

*“Sim, claro que sim. Disso não tenho dúvidas (...) Não sei explicar.” (P15).*

Ainda foi referido por alguns participantes que a religião aumenta por vezes a satisfação com a vida, dependendo da situação (N=3; 8%):

*“Sim... por vezes sim, por outras vezes não. Porquê... porque digo: “porquê a mim?” “porque me aconteceu a mim?” “porque me aconteceu isto?” porque é assim isto que a gente diz, estas perguntas que faz.” (P2)*

Por fim, foi referido também pelos participantes que a religião/espiritualidade uma inexistência de aumenta da satisfação com a vida (N=3; 8%):

*“Nada, nada. A religião foi tudo uma história manhosa que arranjaram aí. A igreja e os padres é tudo aldrabices.” (P19)*

#### 4.3. Tema III. Inserção do sujeito na comunidade: Bem-estar social

O principal objetivo deste tema é perceber o bem-estar social do indivíduo proveniente das suas redes de apoio. Este tema é constituído por apenas uma pergunta aberta: “Caso precise de alguma ajuda com quem é que pode contar? Porquê?”. A tabela 5 apresenta os resultados obtidos neste tema relativamente às categorias identificadas e respetivo número de verbalizações. relativamente às categorias identificadas e respetivo número de verbalizações.

#### **Tabela 5**

*Tema III. Inserção do sujeito na comunidade: Bem-estar social - Apoio. Categorias, frequências e percentagens.*

Categorias	n	%
1. Familiares	17	77
2. Amigos	2	9
3. Fé	1	5
4. Não pode recorrer a ninguém	2	9
Total:	22	100

As verbalizações dos participantes revelam maioritariamente a existência de alguém a quem podem recorrer se necessitarem de ajuda (N=20; 91%). Ao analisar mais minuciosamente estas redes de apoio, observamos que maioritariamente a rede de apoio provém da família (N=17; 77%), independentemente do grau de parentesco apresentando como principais razões ser obrigação dos mesmos cuidar da família e a existência de boas relações estabelecidas com a família:

*“Só com os meus filhos. Porque eles têm obrigação de ajudar a mãe...porque a mãe os ajudou a eles. E agora a mãe não está capaz e têm que ser eles a ajudar.” (P3)*

*“Com os meus filhos. Porque são as únicas pessoas que me podem ajudar.” (P5)*

Verificámos que estes idosos apresentam uma rede social mais centrada na família o que pode relacionar-se com o viverem numa cidade pequena. Tal é consonante com o que Paúl, Martín e Amado, (2003) referem que idosos que vivem em locais menos populosos apresentam uma rede social mais centrada na família, enquanto os que vivem em locais mais populosos apresentam uma rede social mais composta por vizinhos e amigos.

De forma residual, surgem as três restantes categorias em que é referido que se necessitarem podem recorrer aos seus amigos (N=2; 9%) e que não poderiam recorrer a ninguém (N=2; 9%), o que justificam como a lei natural da vida e também pelos familiares atualmente já possuírem a sua própria vida. No único caso em que é referido não poder recorrer a ninguém a ajuda provém da sua religiosidade especificamente da fé de que pode contar sempre com a ajuda de Deus o que é vista como algo que nunca vai falhar (N=1; 5%):

*“Aos meus amigos... se não chegar aos filhos nem aos netos nem nada, tenho aí muitos amigos. Não sei porquê... eu dou-me bem com eles... eu vou aí fora e dou-me bem com toda a gente, me chama, me fala, até os rapazes.” (P9)*

*“Eu acho que com ninguém. Porque é assim a vida.” (P12)*

*“Ora a Deus e aos santinhos todos. Porque são eles que nunca me vão abandonar.” (P15)*

Em síntese, verificamos que a maior parte das verbalizações indicam que os sujeitos se necessitarem de algo ou alguém têm a quem recorrer, sendo na maior parte um apoio proveniente dos familiares. Ainda assim, residualmente, devido a condições da vida dos familiares verifica-se a inexistência de alguém a quem recorrer. Também residualmente, perante a inexistência de apoio de outras pessoas ela é obtida pelo próprio sujeito através da religiosidade.

#### 4.4. Tema IV. Religião: Bem-estar psicológico

O principal objetivo deste tema foi perceber de que forma a religião ajuda a lidar com as preocupações da vida e como é que o bem-estar psicológico e os objetivos de vida influenciam a qualidade de vida dos sujeitos. Este tema é constituído por dois subtemas, o primeiro relativo à religiosidade/espiritualidade enquanto contribuindo, ou não, para o domínio do ambiente, o segundo sobre o propósito de vida. Este tema é constituído por dois subtemas, o primeiro relativo à religiosidade/espiritualidade enquanto contribuindo, ou não, para o domínio do ambiente, o segundo sobre o propósito de vida.

#### 4.4.1. Subtema IV.1. Domínio do ambiente/ (estratégias de *coping*)

Neste subtema pretendemos indagar de que forma a religião atua como estratégia de *coping* na velhice e também relativamente à pandemia de covid-19. Os dados recolhidos neste subtema foram obtidos através de três perguntas abertas: “Acha que ser religioso ou espiritual (ou ter fé ou devoção ou acreditar em Deus) o ajuda a sentir-se menos preocupado ou a lidar melhor com as preocupações? Porquê?”, “Acha que ser religioso/espiritual o/a tem ajudado a enfrentar alguns acontecimentos da sua vida? Quais? Como? Porquê?” e “acha que ser religioso/espiritual o/a tem ajudado a lidar com a pandemia de COVID-19? Em quê? Como?”. A tabela 6 apresenta os resultados obtidos subtema relativamente às categorias identificadas neste subtema relativamente às categorias identificadas e respetivo número de participantes.

### **Tabela 6**

*Subtema IV.1 Domínio do ambiente/ (estratégias de coping), categorias, subcategorias, frequências e percentagens.*

Categorias	N	%
1. Ajuda	10	50
2. Ajuda por vezes	4	20
3. Não ajuda	4	20
4. Não tem preocupações	1	5
5. Não sabe	1	5
Total:	20	100

A religião e a espiritualidade podem ser vistas como estratégias de *coping* pois podem ser um bom suporte emocional e uma forma de aumentar o bem-estar (Kim-Prieto & Miller, 2018).

Assim, verificou-se que em metade das verbalizações (N=10; 50%) foi referido que a religião ajuda a lidar com as preocupações e também com a pandemia de covid-19 através da prática de oração, de pedidos a Deus, sentimento de segurança, e sensação de bem-estar.:

*“Sim. Porque peço ajuda! Como eu costumo dizer ao meu amigo “ajuda-me, vá lá, eu preciso de um empurrãozinho” (risos).”* (P11)

*“Ajuda... como lhe disse há bocado aquela hora que estou na igreja... aquela hora que vim de lá estou mais leve.”* (P12)

Foi ainda referido que a religião por vezes ajuda a lidar com as preocupações (N=4; 20%), dependendo da situação:

*“Pois, às vezes sim. Outras vezes pomos um bocadinho de dúvida, mas o que está lá em cima fala mais alto não é... Ajuda, ajuda... porque a gente pensa “não é só a mim que acontece... portanto vou pensando assim”* (P1)

É ainda de salientar que existiram verbalizações que indicam que ser religioso não ajuda a lidar com as preocupações (N=4; 20%) de uma forma geral:

*“Não... a preocupação mais ou menos é... a preocupação é a mesma.”* (P9)

Por fim, de forma residual, verificaram-se verbalizações no sentido de não saber indicar se religião ajuda a lidar com as preocupações da vida (N=1; 5%) e também não possuir preocupações (N=1; 5%):

*“Olhe... sinceramente sim. Não lhe sei responder... Não sei.”* (P17)

*“Não me sinto cá com preocupações nenhuma!”* (P14)

#### 4.4.2. Subtema IV.2. Propósito de vida

Neste subtema pretendemos identificar os propósitos de vida dos participantes, com base nos seus objetivos e no que ainda gostava de fazer na sua vida através de duas perguntas abertas: “O que quer para a sua vida? / Quais são os seus objetivos de vida?” e “O que gostava ainda de poder fazer? Porquê?”. A tabela 7 apresenta os resultados obtidos, relativamente às categorias e subcategorias identificadas e respetiva quantificação de verbalizações.

## Tabela 7

Tema IV.2. Qualidade de vida: Bem-estar psicológico e objetivos. categorias, subcategorias, frequências e percentagens.

Categorias	Subcategorias	N	%
1. Objetivos de vida	1.1. Ver os entes queridos bem na vida	3	6
	1.2. Ter um bom relacionamento familiar	1	2
	1.3. Manter saúde	8	17
	1.4. Manter a sua vida pessoal	8	17
	1.5. Não se tornar uma sobrecarga	4	8
	1.6. Não tem objetivos de vida	4	8
2. Desejos para o futuro	2.1. Manter o seu dia a dia e a sua vida pessoal	5	10
	2.2. Fazer o que fazia anteriormente	4	8
	2.3. Viajar	4	8
	2.4. Ver a família crescer	1	2
	2.5. Não tem desejos	2	4
	2.6. Manter a saúde	4	8
Total:		48	100

A categoria relativa aos objetivos de vida foi onde se registaram mais verbalizações, sendo um dos objetivos mais referidos pelos participantes manter a sua vida pessoal e social o que expressa o desejo de viver e manter as suas rotinas (N=8; 17%):

*“Dar um passeiozinho e ir vivendo.” (P4)*

*“Objetivos de vida... é trabalhar e ir vivendo.” (P9)*

Manter-se relativamente bem em termos de saúde foi igualmente um objetivo muito referido pelos participantes (N=8; 15%):

*“Olhe quero-me manter ainda durante uns anos, mas sempre com saúde... o dia em que perder a saúde que me deixem partir” (P16)*

Em segundo lugar, surgem o não possuir objetivos de vida e (N=4; 9%) e não se tornar uma sobrecarga para a família (N=4; 9%):

*“Olhe eu hoje já não gosto de fazer nada. É como lhe disse perdi muito. Não tenho já objetivos.” (P2)*

*“o dia em que perder a saúde que me deixem partir porque não quero dar trabalhos a ninguém.” (P16)*

Foi ainda referido como objetivo ver os seus familiares mais próximos bem na vida e com saúde (N=3; 6%):

*“Que todos os meus tenham saúde e estejam bem na vida.” (P3)*

Por fim, foi referido apenas por um participante (N=1; 2%) como objetivo de vida a manutenção de um bom relacionamento com a família:

*“Objetivo de vida... epá... sei lá, é dar-me bem com a família” (P5)*

Relativamente aos seus desejos dos participantes para o futuro, a maior parte das verbalizações (N=5; 11%) expressa o desejo de manter o seu dia a dia e a sua vida pessoal expressando o desejo de viver e manter as suas rotinas:

*“Ah... na minha vida. Não há assim muito já para fazer (gargalhadas). É ir vivendo a vida, ajudando, já não tenho grandes ilusões porque o que havia de fazer já está feito.” (P1)*

Com o mesmo número de verbalizações, surgem três subcategorias: Fazer o que fazia anteriormente e que atualmente já não é capaz (N=4; 8%), viajar (N=4; 8%) e manter a saúde (N=4; 8%):

*“Fazer o que fazia dantes... quando tinha aí 15 ou 16 anos, ou 20 (risos). Estava tudo bem para mim.” (P10)*

*“De fazer? Ah... viajar... viajar. Porque fui muito amiga sempre do passeio. Não sei se foi por estar presa tantos anos com as freiras que gostava de viajar (risos).” (P6)*

*“Olhe gostava de me manter saudável, isso é o que eu mais quero fazer. Porque se não tiver saúde não tenho nada.” (P16)*

De forma residual, surgem verbalizações que indicam a inexistência de desejos (N=2; 4%) e o desejo de ver a família crescer, nomeadamente tornando-se avó (N=1; 2%):

*“Sinceramente nada.” (P17)*

*“Ah... gostava ainda de ter a felicidade de ser avó. Porque vejo toda a gente com netinhos e também quero. E como ele já vive com a moça... gostava ainda não sei.” (P8).*

## **5. Discussão**

### **5.1. Experiência de envelhecimento**

Os idosos percecionam predominantemente a sua experiência global de envelhecimento como tendo sido gradual e sem relação com um marco específico, só de forma residual, referem ter conseguido nesse processo manter a sua força/autonomia.

Relativamente às mudanças sentidas, salientam-se de forma muito expressiva várias perdas sendo as principais a perda de saúde/forças e de familiares, escassamente é também referida a perda de ânimo. A perda de familiares, é uma perda importante, pois para estes idosos os familiares seriam uma fonte de apoio social e de bem-estar que é essencial para um envelhecimento de forma saudável (Cupertino et al., 2007). Ainda para mais, a perda de familiares nestes participantes levou a sentimentos de solidão, sendo verbalizado que quando sofreram tal perda, ficaram sozinhos. Foi também verbalizado por alguns participantes que

viveram este processo com normalidade e aceitação, justificando-o por não terem existido grandes perdas significativas, seja de pessoas próximas, seja de saúde física e mental. Esta vivência do envelhecimento com normalidade e aceitação também surge quando foram referidas dificuldades ao longo do processo de envelhecimento, tais como a alteração do estado de saúde.

Emergem também como mudanças o aparecimento de medos, principalmente o medo de vir a perder a saúde e de forma mais residual, o medo da perda do seu espaço de vida. O que vai de encontro ao estudo de Cupertino et al., (2007) em que vários participantes indicaram como principais perdas a perda de saúde, forças e também o medo de vir a perder a saúde, o que demonstra que para os idosos a manutenção da saúde física e psicológica é fundamental para um envelhecimento saudável.

A religiosidade surge como estratégia de *coping* face às mudanças ocorridas no processo de envelhecimento como recurso a Deus para partilha/confidência de desgostos e obtenção de amparo e ajuda e a nível social, a religião exerce também um papel importante na medida em que diminui os sentimentos de solidão, por exemplo quando os idosos frequentam a igreja (Malone & Dadswell, 2018). Especificamente no que respeita à religiosidade e eventuais alterações ao longo do envelhecimento, a maior parte das verbalizações indicam que a religiosidade não sofreu alterações sendo de ter presente que à partida 85% dos participantes tinham declarado religiosos. Ainda assim, existem também verbalizações de que existiu um aumento da religiosidade. Este aumento de religiosidade relaciona-se com uma diminuição dos sentimentos de abandono e desproteção tendo em conta vários fatores inerentes ao envelhecimento, como o aparecimento de doenças ou perdas de familiares. De forma muito residual, foi verbalizada uma diminuição da religiosidade ao longo do envelhecimento.

Em suma, a religiosidade surge como relevante no processo de envelhecimento na medida em se constitui como uma importante estratégia de *coping* ao ajudar os indivíduos a lidar com os problemas que surgem ao longo da vida e também na perseverança da saúde física e mental (Pahlevan et al., 2021).

Relativamente aos ganhos e às perdas decorrentes do processo de envelhecimento e consequentes estratégias de *coping*, verificámos que a presença de perdas é bastante mais referida do que a presença de ganhos.

No que concerne às perdas, estas foram divididas em sete subcategorias decorrentes das verbalizações dos participantes. Assim, conseguimos perceber que as maiores perdas

decorrentes do processo de envelhecimento dizem respeito à perda de saúde/forças, perdas sobrepostas aos ganhos (quando questionados sobre os ganhos decorrentes do processo de envelhecimento apenas referem perdas) e a perda de marido/familiares. De forma residual, surgiram a perda de vontade e perda de independência de fazer as coisas que fazia anteriormente, o deixar de sair e a perda de gosto por se arranjar, que se relaciona com a autoimagem que cada indivíduo possui de si própria e dada a sua importância na manutenção do bem-estar visto que esta refere-se ao que acreditamos ser, assim cada indivíduo deve apresentar esforços específicos para se aceitar a si mesmo, tal e qual como é fisicamente, psicologicamente e socialmente (Kaučič et al., 2017).

Quando consultada a literatura existente verifica-se que, no geral, o processo de envelhecimento surge por si só como uma perda, mas vem também regularmente associado à perda de saúde (Kreuz & Franco, 2017). Consequentemente quando se questiona a avaliação do idoso relativamente ao envelhecimento, a perda de saúde surge como das mais mencionadas (Fonseca & Paúl, 2008) tal como se verifica neste estudo.

É de salientar que algumas perdas verbalizadas pelos participantes surgiram quando estes foram questionados à cerca dos ganhos do seu processo de envelhecimento, o que remete para a conclusão de que as perdas que sofreram apresentam uma importância maior nas suas vidas comparativamente com os ganhos.

Existiram também verbalizações relativas à consideração de que não existiram nem perdas nem ganhos ao longo do processo de envelhecimento e que tudo se manteve igual, esta percepção de ausência de perdas encontra-se ligada à ideia de que se mantêm bem.

No que concerne às estratégias de *coping* utilizadas para lidar com as perdas decorrentes do processo de envelhecimento verificámos que a maior parte das verbalizações, indica a existência de estratégias específicas para lidar com o processo de envelhecimento, estratégias estas que têm como objetivo lidar com as adversidades da vida tendo em conta os recursos individuais de que cada sujeito dispõe (Lazarus & Folkman, 1984; Galiana et al., 2020). A estratégia de *coping* mais referida é a aceitação que é generalizada aos vários aspetos da vida e, tal como referido anteriormente, tem por base a paciência e a esperança. A manutenção das ocupações também é várias vezes verbalizada como estratégia de *coping* sendo que os participantes tentam manter as suas rotinas e o seu dia a dia. Estes tipos de estratégias denominam-se “autorregulação do indivíduo”, sendo baseadas na emoção e têm como principal objetivo a minimização das consequências emocionais decorrentes das situações difíceis da

vida (Galiana et al., 2020). De forma residual, surgiram como estratégias de *coping*, autorregulação de pensamentos, toma de medicação receitada, adições (especificamente o recurso ao álcool) e a oração. Esta última, referida de forma residual neste estudo, foi também no estudo realizado por Galiana et al., (2020) referido o uso da religião como estratégia de *coping*, de forma não pertinente.

Surgiram também verbalizações relativas à inexistência de uso de estratégias específicas face às perdas decorrentes do processo de envelhecimento sendo que a maior parte destas surgem ligadas à justificação de que que não necessitam delas.

De forma residual surgiram ainda o não enfrentamento/fuga e inexistência de autorregulação cognitiva/emocional em que é referido que não se lida com os problemas, optando-se por os ignorar. Não utilizar estratégias de *coping* pode dever-se ao facto de com o aumento da idade, os sujeitos terem tendência a afastarem-se de situações problemáticas e que podem ser potenciadoras de algum tipo de stress (Nieto et al., 2020).

A presença de ganhos no envelhecimento é a categoria que apresenta menos verbalizações tendo todos eles surgido de forma residual. Como ganhos que advém do processo de envelhecimento, foram indicados o melhor relacionamento com a família, o pensar de forma diferente, o ganho da pensão e a fé. A perceção de perdas no processo de envelhecimento é a que mais se salienta.

## 5.2. Religião, Espiritualidade e Qualidade de vida: Bem-Estar Subjetivo

Desde os anos 50 surgiram também vários estudos que indicaram que os idosos apresentam uma maior tendência em aderir aos valores religiosos e que se se percecionam como mais religiosos do que as pessoas mais novas e que se se percecionam como mais religiosos do que as pessoas mais novas (Shulgin et al., 2019).

Relativamente à perceção de religiosidade, identificámos duas subcategorias relacionadas com motivos de se considerarem religiosos. A primeira subcategoria reporta-se a uma religiosidade não especificada, onde não é apresentado um motivo específico que leve o participante a considerar-se religioso, a segunda subcategoria reporta-se à presença/existência de fé, que faz com que o participante se percecione como sendo religioso. De forma residual, surgiram as categorias de existência de dúvidas e de não se considerar religioso. Em ambas,

não surge um motivo que as explique, simplesmente os participantes reportam que são dessa forma.

Existem vários fatores que explicam a ligação entre a religiosidade e a velhice. Assim, verifica-se que os idosos cresceram num ambiente muito mais suscetível à prática da religião do que os jovens atualmente (Shulgin et al., 2019). Também é observado que as práticas religiosas ajudam a lidar com situações que provocam stress na velhice, por exemplo, a morte do cônjuge e a procurar atribuir um significado a toda a sua vida (Shulgin et al., 2019). A espiritualidade é ainda vista como um método de os idosos se conseguirem adaptar de melhor forma às suas necessidades individuais (Manning, 2013). Para além dos aspetos mencionados, em vários estudos tanto a religião como a espiritualidade são vistas como “uma fonte de esperança, conforto e resiliência face às adversidades” (Faigin & Pargament, 2010; Koenig, 2002; Schwarz & Cottrell, 2007, citado por Manning, 2013, p.3).

O bem-estar subjetivo, tal como já foi referido anteriormente, é muito importante pois afeta a qualidade de vida do individuo e consequentemente a sua saúde física e mental (Fancourt & Steptoe, 2018). Em vários estudos verificou-se que, em países de língua inglesa, o bem-estar subjetivo aumentou com a idade visto que na velhice surge também uma diminuição dos fatores causadores de *stress* (Fancourt & Steptoe, 2018).

Relativamente ao bem-estar subjetivo e se este é ou não influenciado pelas práticas religiosas/espirituais, verificámos que a maior parte dos participantes reporta existir um aumento da satisfação com a vida proveniente das práticas religiosas/espirituais. Este aumento advém em grande parte da religião ser considerada um fator de apoio/suporte bem como fonte de aumento de bem-estar e de companhia e consequente diminuição da solidão e aumento da segurança. Tal vai de encontro ao estudo realizado por Fancourt & Steptoe, (2018) que demonstraram que os sujeitos que vão à igreja ou participam em grupos espirituais possuem maior afeto positivo e consequentemente maior satisfação com a vida.

Com o mesmo número de verbalizações, surgiram ainda duas razões distintas para existir aumento da satisfação com a vida advinda da religiosidade. A primeira, é um aumento não especificado onde foi verbalizado que efetivamente a religião ajuda a aumentar a satisfação com a vida, mas onde também não foi identificada uma causa exata para tal acontecer. A segunda, é um aumento da satisfação com a vida visto como acontecendo por vezes, em que a religião efetivamente ajuda, mas depende do tipo de situação que se enfrenta. Porém existem

também verbalizações que indicam ainda que de forma não muito expressiva, que houve uma inexistência de aumento de satisfação com a vida.

Quanto à frequência de participação de igreja ou grupo espiritual, grande parte dos participantes não frequentou nem frequenta atualmente a igreja ou um grupo espiritual devido a nunca terem sido praticantes e nunca pretenderam frequentar. De forma residual, surgiram verbalizações que indicaram que alguns participantes frequentaram, mas que atualmente já não frequentam, devido ao facto de as pessoas com quem frequentavam a igreja já terem falecido.

A frequência de participação de igreja ou grupo espiritual é percebida de duas formas distintas, uma é periódica, mas que foi progressivamente diminuída pelo contexto e a outra é de forma esporádica que neste estudo foi verbalizada de forma residual. A primeira foi diminuída pelo aparecimento da pandemia de COVID-19 e todas as suas restrições bem como o processo de envelhecimento e a consequente perda de mobilidade e de capacidades. No que concerne à participação de forma esporádica, esta é referida como ocorrendo principalmente em acontecimentos festivos importantes tais como casamentos e batizados.

Os participantes referiram também que ao frequentarem a igreja sentem um aumento do seu bem-estar e da sua satisfação com a vida. Tal vai de encontro ao estudo de Ellison (1991, cit. por Cardoso & Ferreira, 2009) que demonstra a importância do envolvimento com a religião e a espiritualidade pelos idosos pois, segundo este autor, estas experiências podem contribuir para atribuir um significado à vida e afetam a forma como experienciam o dia a dia. É também uma estratégia de *coping* que principalmente na velhice, ajuda a lidar com as mudanças e os fatores causadores de stress (Klavuz & Klavuz, 2016 citado por Durmuş & Durar, 2022).

Na velhice, a religião e a espiritualidade apresentam uma grande importância ajudando a lidar com sentimentos de ansiedade, funcionando como estratégia de *coping*, aumentando o suporte social e por influenciando a capacidade cognitiva dos indivíduos (Kumari & Sangwan, 2020; Wang et al., 2018).

### 5.3. Inserção do sujeito na comunidade: Bem-estar social

Ao longo deste estudo, pretendemos também perceber de que forma o bem-estar social do sujeito é afetado tendo em conta a sua inserção na comunidade e as consequentes redes de

apoio, bem como, caso necessitem de ajuda, a quem é que estes idosos poderiam, ou não, recorrer.

Relativamente ao bem-estar social e à inserção do sujeito na comunidade e consequentes redes de apoio verifica-se que na maioria das verbalizações, é indicado a prevalência da família o que pode relacionar-se com o viverem numa cidade pequena. Tal é consonante com o que Paúl et al., (2003) referem, por exemplo, que idosos que vivem em locais menos populosos apresentam uma rede social mais centrada na família, enquanto os que vivem em locais mais populosos apresentam uma rede social mais composta por vizinhos e amigos. No entanto, apesar destes idosos viverem numa cidade pequena, de forma residual, surgiram duas verbalizações indicando que podem recorrer aos amigos ou que não podem recorrer a ninguém.

O conceito de família tem vindo a alterar-se ao longo dos anos e é consonante com o desenvolvimento da sociedade. Muitas vezes a família é percecionada como o intermediário entre o idoso e a sociedade (Silva & Almeida, 2011). É esperado que nesta fase, e foi aliás verbalizado por um participante, que é a obrigação da família cuidar do idoso, visto que ele cuidou da sua família anteriormente. Assim, a família torna-se uma rede de apoio para os seus desafios diários e é através dela que se sentem mais confortáveis em pedir ajuda caso necessitem.

Apesar de neste estudo a religiosidade surgir de forma residual no caso de não existir ninguém a quem recorrer, ela é muitas vezes vista como uma rede de apoio da qual provém bem-estar e satisfação com a vida (Nery et al., 2018). A participação social que advém da religiosidade é importante pois para muitos idosos é vista como a integração num grupo, que aumenta as interações sociais e aumenta os sentimentos de que continuam úteis para a sociedade (Gallardo-Peralta, 2017).

#### 5.4. Religião: Bem-estar psicológico

Neste tema foi pertinente perceber de que forma a religiosidade/espiritualidade atua, ou não, como estratégia de *coping* face ao processo de envelhecimento e também relativamente à pandemia de covid-19. É de referir que em vários estudos tanto a religião como a espiritualidade foram apontadas como estratégias de *coping* importantes principalmente na velhice, na medida em que existe uma maior propensão para o declínio da saúde (Gallardo-Peralta, 2017). Quanto à pandemia de covid-19, a religião mostrou-se bastante importante na

medida em que esta é uma estratégia importante para a manutenção do bem-estar, logo num momento de crise como foi a pandemia de covid-19, esta apresenta-se como uma válida estratégia de coping (Al Eid, et al., 2021).

Metade das verbalizações indicaram que a religiosidade/espiritualidade ajuda através da prática de oração, de pedidos a Deus, sentimento de segurança, e sensação de bem-estar o que vai de encontro ao que tem sido identificado na literatura como “*religious coping*”. O coping religioso baseia-se num relacionamento seguro com o sagrado, uma visão benevolente do universo e uma conexão espiritual com os outros (...) tem sido geralmente associado com maior bem-estar e crescimento individual face aos stressores da vida” (Counted et al., 2022 p. 2). Ou seja, o *coping* religioso é uma forma de o sujeito ultrapassar os desafios proporcionados pela vida, particularmente face à pandemia de Covid-19 (Counted et al., 2022).

Quanto ao propósito de vida, que inclui os objetivos de vida, é uma componente que caracteriza o bem-estar psicológico. Este é caracterizado como o orientador da vida do sujeito e o que o guia na tomada de certas decisões importantes (Ribeiro et al., 2020). Verifica-se que idosos com um propósito de vida elevado possuem uma vida ainda com objetivos a alcançar o que os faz querer continuar a viver (Ribeiro et al., 2020).

Neste estudo, os objetivos de vida, mais referidos foram a manutenção da sua vida pessoal, a manutenção da saúde, não se tornar uma sobrecarga. Todas estas verbalizações vão de encontro ao facto de os idosos percecionarem como fatores impulsionadores de qualidade de vida a saúde, a capacidade de se manter ativo na sociedade e a qualidade das redes de apoio social e económico (Walker, 2005).

Manter objetivos de vida surge em muitos casos como uma estratégia adaptativa e de *coping*, pois é algo que faz o idoso perceber que ainda existe algo mais para continuar a fazer durante a sua vida (Ribeiro et al., 2020). Faz também com que o propósito de vida seja procurado e quando comparamos com a ansiedade face à morte, verificamos que sujeitos que possuam um grau mais elevado de procura de sentido da vida e de objetivos possuem menos ansiedade face à morte (Zhang et al., 2019).

Relativamente aos desejos para o futuro, dos mais mencionados muitos vão de encontro aos objetivos de vida que os participantes possuem, particularmente a manutenção do seu dia a dia e da sua vida pessoal, a manutenção da saúde e fazer o que fazia anteriormente e surge ainda o querer viajar.

É fulcral ter em atenção o bem-estar psicológico e formas de o promover já que os indivíduos que possuem um maior grau de bem-estar psicológico apresentam uma ligação com um desenvolvimento contínuo, ou seja, reconhecem o seu próprio potencial, apresentam-se disponíveis para viver novas experiências que contribuem para a sua evolução, seja esta emocional ou social e possuem maior capacidade de adaptação às dificuldades que lhes são apresentadas (Neri & Resende, 2009 citado por Cardoso & Ferreira, 2009).

## 6. Conclusões

Verificámos que ao longo deste estudo os idosos percecionam, por um lado, a sua experiência de envelhecimento como algo gradual e de forma residual, como tendo conseguido, durante esse processo, manter a força e a autonomia. Ainda assim, quando questionados sobre as mudanças que sentiram ao longo do processo de envelhecimento, uns encaram-nas como perdas e outros apesar das perdas aceitam-no como algo natural.

Quanto às perdas, estas centram-se principalmente na perda de saúde e na perda de familiares das quais surgem também os medos, especificamente o medo de vir a perder a saúde. Quanto a ganhos e a perdas decorrentes do processo de envelhecimento é de salientar que a presença de perdas se sobrepõe, quanto ao número de verbalizações, em relação aos ganhos sendo uma das perdas mais referidas a perda de forças/saúde. Para lidar com estas perdas, foram maioritariamente referidas a existência de estratégias, nomeadamente a aceitação.

A religiosidade quando associada às mudanças sentidas no processo de envelhecimento é vista como uma estratégia de  *coping* , na medida em que é uma fonte de obtenção de amparo e partilha de desgostos. Relativamente à religião/espiritualidade como fonte de ajuda grande parte das verbalizações indicaram que é efetivamente uma fonte de ajuda levando-nos a considerar que tanto a espiritualidade como a religiosidade influenciam positivamente o bem-estar subjetivo dos indivíduos (Cardoso & Ferreira, 2009) seja através do consolo espiritual propriamente dito, ou também pela rede de apoio que se cria ao frequentar atividades de cariz religioso (Cardoso & Ferreira, 2009).

É também de salientar o facto de que a maior parte dos idosos neste estudo reportam que a sua religiosidade se manteve sem alterações no decorrer do processo de envelhecimento. A maior parte dos participantes considera-se religioso e as práticas religiosas são um propulsor de satisfação com a vida, na medida em que muitas das vezes surgem como uma fonte de apoio

e suporte. No entanto, quando questionados sobre a frequência de participação de igreja ou grupo espiritual, é curioso perceber que as respostas foram paritárias, ou seja, metade não frequentou nem frequenta atualmente (ou frequentou, mas já não frequenta) e outra metade reporta que frequenta, mas de duas formas distintas, de forma periódica que tem vindo tendencialmente a ser diminuída pelo contexto e esporadicamente, ou seja, em certas ocasiões religiosas muito específicas.

Quanto às redes de apoio destes idosos, estas baseiam-se maioritariamente nos familiares, o que vai de encontro aos vários estudos que indicam que em meio rural, a rede de apoio assenta essencialmente na família (Paúl et al., 2003).

Quanto aos objetivos de vida estes assentam maioritariamente na manutenção de saúde e também da vida pessoal, o que podemos relacionar com os medos e as perdas que surgiram ao longo do processo de envelhecimento nos quais grande parte diz respeito à perda de saúde ou ao medo de a vir a perder. Relativamente aos desejos para o futuro, os mais verbalizados foram a manutenção do seu dia a dia bem como da sua vida pessoal e também a manutenção da saúde e da sua autonomia (continuar a fazer o que fazia anteriormente). Foi também ainda verbalizado pelos participantes o desejo de ainda poder viajar.

Este estudo apresenta vantagens e limitações. Como principal vantagem destacamos o facto de ter sido um estudo qualitativo onde é permitido uma recolha direta da perceção do individuo sobre o tema a ser estudo, no entanto, tendo em conta o contexto, este facto foi também percecionado como a principal limitação do estudo pois a recolha de dados foi realizada em altura de pandemia de COVID-19, o que fez com que as entrevistas foram difíceis de serem agendadas e onde foram seguidas todas as diretrizes relativamente à proteção da saúde pública.

Por fim, sendo este um estudo inicial consideramos necessária e importante a continuação de estudos de aprofundamento da religiosidade/espiritualidade e do seu papel no bem-estar. Neste sentido afiguram-se como relevante a realização de estudos qualitativos de aprofundamento, a realização de estudos qualitativos e quantitativos com amostras diversificadas, por exemplo com pessoas praticantes de dada religião, e/ou estudos comparativos geracionais (com adolescentes, adultos e idosos), de comparação entre géneros ou ainda de comparação entre idosos viúvos/casados ou que vivem em contextos diversificados (meio urbano/rural, idosos que vivem na sua própria casa e/ou que vivem em estruturas residenciais de idosos)

Concluindo, esperamos com este estudo contribuir para uma melhor compreensão do o processo de envelhecimento, tendo em conta todos os ganhos e perdas inerentes e também da importância da religião e da espiritualidade ao longo de todo este processo, visto que foram indicadas como uma estratégia de *coping* e principalmente como uma fonte de amparo e aumento de bem-estar.

## 7. Referências bibliográficas

- Abdel-Khalek, A. M., & Singh, A. P. (2019). Love of life, happiness, and religiosity in Indian college students. *Mental Health, Religion & Culture*, 22(8), 769-778.
- Adhabi, E., & Anozie, C. B. (2017). Literature review for the type of interview in qualitative research. *International Journal of Education*, 9(3), 86-97.
- Al Eid, N. A., Arnout, B. A., Alqahtani, M. M., & Fadhel, F. H. (2021). The mediating role of religiosity and hope for the effect of self-stigma on psychological well-being among COVID-19 patients. *Work*, 68(3), 525-541.
- Ardelt, M., Gerlach, K. R., & Vaillant, G. E. (2018). Early and midlife predictors of wisdom and subjective well-being in old age. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(8), 1514-1525. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby017>
- Bakhtiari, A., Yadollahpur, M., Omidvar, S., Ghorbannejad, S., & Bakouei, F. (2019). Does religion predict health-promoting behaviors in community-dwelling elderly people?. *Journal of religion and health*, 58, 452-464. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0710-3>
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2006). Lifespan theory in developmental psychology. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (6th ed., pp. 569-664). New York: Wiley
- Baltes, Paul B., Ulman Lindenberger, and Ursula M. Staudinger. *Life-span theory in developmental psychology*. John Wiley & Sons Inc, 1998.
- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- Bastos, AM, Faria, CG, Moreira, E., Morais, D., Melo-de-Carvalho, JM, & Paul, MC (2015). A importância dos ativos ecológicos do bairro nos resultados do envelhecimento dos idosos comunitários: Um estudo no Norte de Portugal. *Fronteiras na neurociência do envelhecimento*, 7, 156. [doi: 10.3389/fnagi.2015.00156](https://doi.org/10.3389/fnagi.2015.00156)
- Batista, E. C., de Matos, L. A. L., & Nascimento, A. B. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 11(3), 23-38. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.10084.09608>

- Bittar, C. M. L., Moscardini, A. F. M., Vanzela, I. B. M., de Paula Souza, V. A., & Da Rocha, J. F. G. (2017). Qualidade de vida e sua relação com a espiritualidade: um estudo com idosos em instituições de longa permanência. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, 14(2). <https://doi.org/10.5335/rbceh.v14i2.7020>
- Blanner, C., Elliott, A., Hjorth, P., Søndergaard, J., Mattisson, C., & Andersen, K. (2021). Experiences of becoming widowed in old age—a cross-countries study with qualitative interviews from Denmark and quantitative measures of association in a Swedish sample. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1), 1871181. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1871181>
- Brito, AMM, Camargo, BV, & Castro, A. (2017). Representações sociais de velhice e boa velhice entre idosos e sua rede social. *Revista de Psicologia da IMED*, 9 (1), 5-21. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i1.1416>
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. D., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida.
- Calixto, E. A. P. & Martins, M. H. (2001). Os fatores biopsicossociais na satisfação com a vida de idosos institucionalizados. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 4 (2), 47-58.
- Campenhoudt, L. V., & Quivy, R. (2008). Manual de investigação em ciências sociais. *Gradiva Publicações*.
- Candeias, E. M. (2014). Fatores destacáveis na satisfação com a vida em idosos portugueses:(estudo de caso num centro de dia em Castelo Branco). *Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology*., 2(1), 17-28. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v2.420>
- Cardoso, M. C. D. S., & Ferreira, M. C. (2009). Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29, 380-393. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000200013>
- Costa, A., Ribeiro, A., Varela, A., Alves, E. M., Regateiro, F., Elias, I. et al. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Lisboa: Direção Geral da saúde. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wpcontent/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

- Counted, V., Pargament, K. I., Bechara, A. O., Joynt, S., & Cowden, R. G. (2022). Hope and well-being in vulnerable contexts during the COVID-19 pandemic: Does religious coping matter?. *The Journal of Positive Psychology*, 17(1), 70-81. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1832247>
- Cupertino, APFB, Rosa, FHM, & Ribeiro, PCC (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: reflexão e crítica*, 20, 81-86.
- de Trabalho Interministerial, P. D. G. ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAUDÁVEL.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*, 55(1), 34. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Durmuş, M., & Durar, E. (2022). The relationship between spiritual well-being and fear of COVID-19 among Turkish elders. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 34(1), 3-16.
- Erikson, E. H. (1963). The golden rule and the cycle of life. In *The study of lives* (pp. 412-428). Routledge.
- Erlingsson, C., & Brysiewicz, P. (2017). A hands-on guide to doing content analysis. *African journal of emergency medicine*, 7(3), 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2017.08.001>
- Fancourt, D., & Steptoe, A. (2018). Community group membership and multidimensional subjective well-being in older age. *J Epidemiol Community Health*, 72(5), 376-382.
- Fonseca, A. M., & Paúl, C. (2008). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. *Geriatrics e Gerontologia*, 2(1), 32-7.
- Frazier, C., Mintz, L. B., & Mobley, M. (2005). A Multidimensional Look at Religious Involvement and Psychological Well-Being Among Urban Elderly African Americans. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 583. DOI: 10.1037/0022-0167.52.4.583
- Freire, S. A., Resende, M. C., & Rabelo, D. F. (2012). Enfrentando mudanças no envelhecimento: o modelo de seleção, otimização e compensação. *Perspectivas em Psicologia*, 16(1), 190-211.

- Galiana, L., Tomás, J. M., Fernández, I., & Oliver, A. (2020). Predicting well-being among the elderly: The role of coping strategies. *Frontiers in psychology, 11*, 616. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00616>
- Galicioli, T. G. P., de Lima Lopes, E. S., & Rabelo, D. F. (2012). Superando a viuvez na velhice: o uso de estratégias de enfrentamento. *Revista Kairós-Gerontologia, 15*, 225-237.
- Galinha, I. C. (2008). Bem-estar subjectivo: factores cognitivos, afectivos e contextuais. *Bem-estar subjectivo: factores cognitivos, afectivos e contextuais*.
- Gallardo-Peralta, L. P. (2017). The relationship between religiosity/spirituality, social support, and quality of life among elderly Chilean people. *International Social Work, 60*(6), 1498-1511.
- Gearing, R. E., & Alonzo, D. (2018). Religion and suicide: new findings. *Journal of Religion and Health, 57*, 2478-2499. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0629-8>
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia, 12*(1), 43-50.
- Gomes, NS, Farina, M., & Forno, CD (2014). Espiritualidade, religiosidade e religião: reflexão de conceitos em artigos psicológicos. *Revista de Psicologia da IMED, 6* (2), 107-112.
- Gonçalves, C. D. (2015). Envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo: reflexões. *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento, 20*(2). <https://doi.org/10.22456/2316-2171.49428>
- González-Sanguino, C., & Ausín, B. (2020). Castellanos> M, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, et al. *Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. Brain Behav Immun, 87*, 172-6.
- Goodman, F. R., Disabato, D. J., Kashdan, T. B., & Kauffman, S. B. (2018). Measuring well-being: A comparison of subjective well-being and PERMA. *The Journal of Positive Psychology, 13*(4), 321-332. <http://dx.doi.org/10.1080/17439760.2017.1388434>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today, 56*, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

- Gschwandtner, C. M. (2021). Faith, religion, and spirituality: A phenomenological and hermeneutic contribution to parsing the distinctions. *Religions*, 12(7), 476.
- Oswald, F., Wahl, H. W., Schilling, O., Nygren, C., Fänge, A., Sixsmith, A., ... & Iwarsson, S. (2007). Relationships between housing and healthy aging in very old age. *The Gerontologist*, 47(1), 96-107. <https://doi.org/10.1093/geront/47.1.96>
- Kaučič, B. M., Filej, B., Toplak Perović, B., & Ovsenik, M. (2017). Spiritual factor as an important element of life satisfaction in old age. *Informatologia*, 50(3-4), 170-182.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social psychology quarterly*, 121-140.
- Kim-Prieto, C., & Miller, L. (2018). Intersection of religion and subjective well-being. *Handbook of well-being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers. DOI: nobascholar.com
- Kreuz, G., & Franco, M. H. P. (2017). O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento—Revisão Sistemática de Literatura. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(2), 168-186. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i2p117-133>
- Kumari, A., & Sangwan, S. (2020). Importance of spirituality in the life of elderly. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 11(4-6), 173-175.
- Lima, J., & Pacheco, J. A. (2006). Fazer investigação: contributos para a elaboração de dissertações e teses. *Porto: Porto Editora*, 105, 125.
- Luz, M. M. C., & Amatuzzi, M. M. (2008). Vivências de felicidade de pessoas idosas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25, 303-307. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000200014>
- Maciel, M. G. (2010). Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz: Revista de Educação Física*, 16, 1024-1032. <https://doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n4p1024>
- Malone, J., & Dadswell, A. (2018). The role of religion, spirituality and/or belief in positive ageing for older adults. *Geriatrics*, 3(2), 28. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3020028>
- Manning, L. K. (2013). Navigating hardships in old age: Exploring the relationship between spirituality and resilience in later life. *Qualitative health research*, 23(4), 568-575. <https://doi.org/10.1177/1049732312471730>

- Marques Meneses, K., Ferrer Pompeu, L., Ramon Sales e Silva, R., Maria Miranda de Sousa, C., & Campêlo Lago, E. (2014). A PERCEPÇÃO DO IDOSO SOBRE SUA VIVÊNCIA EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 8(7).
- Marques, EMBG, Sánchez, CS, & Vicario, BP (2014). Percepção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (1), 75-84. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1314>
- Martins, R., Santos, P., & Andrade, A. (2015). Satisfação com a vida em idosos: prevalência e determinantes. *Gestão e Desenvolvimento*, (23), 107-123.
- Melo, L., & Neto, F. (2003). Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3(1), 107-121.
- Mendes, R. M., & Miskulin, R. G. S. (2017). A análise de conteúdo como uma metodologia. *Cadernos de Pesquisa*, 47, 1044-1066. <https://doi.org/10.1590/198053143988>
- Mubasirun, M. (2021). The dynamics of spirituality in the old age: The perspective of Maqashid Al-Shariah and psychology. *Akademika: Jurnal Pemikiran Islam*, 26(1), 91-106. <https://doi.org/10.32332/akademika.v26i1.3281>
- Nery, B. L. S., Cruz, K. C. T. D., Faustino, A. M., & Santos, C. T. B. D. (2018). Vulnerabilidades, depressão e religiosidade em idosos internados em uma unidade de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34678>
- Nieto, M., Romero, D., Ros, L., Zabala, C., Martinez, M., Ricarte, J. J., ... & Latorre, J. M. (2020). Differences in coping strategies between young and older adults: The role of executive functions. *The International Journal of Aging and Human Development*, 90(1), 28-49. doi: [10.1177/0091415018822040](https://doi.org/10.1177/0091415018822040)
- Novo, R. (2005). Bem-estar e psicologia: conceitos e propostas de avaliação. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 20, 183-203.

- Organização Mundial de Saúde. (2002). *O relatório mundial de saúde 2002: reduzindo riscos, promovendo uma vida saudável*. Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Estatísticas mundiais de saúde 2015*. Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Estatísticas mundiais de saúde 2015*. Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). *Envelhecimento ativo: um Projeto de Saúde Pública*. Madri: OMS; 2002
- Pandya, A. K., & Kathuria, T. (2021). Death anxiety, religiosity and culture: Implications for therapeutic process and future research. *Religions*, 12(1), 61. <http://dx.doi.org/10.26247/theophany.2380>
- Passareli, PM, & Silva, JAD (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24, 513-517. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2007000400010>
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15.
- Paúl, C., Fonseca, AM, Martín, I., & Amado, J. (2003). Perfil psicossocial de idosos rurais e urbanos em Portugal. *Psicólogo europeu*, 8 (3), 160. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.8.3.160>
- Peçanha, D. L., & SILVA, P. (2005). Saúde mental: estudos sobre a contribuição da espiritualidade.
- Peteet, J. R., Al Zaben, F., & Koenig, H. G. (2019). Integrating spirituality into the care of older adults. *International Psychogeriatrics*, 31(1), 31-38. doi:10.1017/S1041610218000716
- Pilger, C., Caldeira, S., Rodrigues, RAP, Carvalho, ECD, & Kusumota, L. (2021). Bem-estar espiritual, coping religioso/espiritual e qualidade de vida em idosos em hemodiálise: um estudo correlacional. *Jornal de religião, espiritualidade e envelhecimento*, 33 (1), 2-15.

- Pocinho, R., Belo, P., Antunes, A., & Rodrigues, J. (2016). Importância da Religiosidade e Espiritualidade em Idosos Institucionalizados. *ARC Journal of Public Health and Community Medicine, 1* (1), 22-30.
- Pontes, M., Vidal, D. G., & Meneses, R. (2020). Espiritualidade, promoção da saúde e qualidade de vida em idosos: revisão sistemática da literatura. In *13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: "Melhorar o Bem-Estar Global através da Psicologia da Saúde"* (pp. 437-444). Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde.
- PORDATA (2018). Retrato dos homens e das mulheres. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/ebooks/PT2018v20180530/mobile/index.html>
- PORDATA (2019). Retrato de Portugal- Edição 2019. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/ebooks/PT2019v20190711/mobile/index.html>
- PORDATA (2021). CENSOS 2021: Resultados em Portugal e por concelho. <https://www.pordata.pt/censos/resultados/emdestaque-portugal-361>
- Przepiorka, A., & Sobol-Kwapinska, M. (2018). Religiosity moderates the relationship between time perspective and life satisfaction. *Personality and Individual Differences, 134*, 261-267.. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.05.039>
- Resende, M. C. D., & Neri, A. L. (2009). Ajustamento psicológico e perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física. *Psicologia em estudo, 14*, 767-776.
- Ribeiro, C. C., Yassuda, M. S., & Neri, A. L. (2020). Propósito de vida em adultos e idosos: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva, 25*, 2127-2142. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.20602018>
- Rodrigues, L. R., Nader, I. D., de Melo, A. T., dos Santos Tavares, D. M., de Assunção, L. M., & Molina, N. P. F. M. (2017). Espiritualidade e religiosidade relacionadas aos dados sociodemográficos de idosos. *Rev Rene, 18*(4), 429-436. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000400002>
- Rodrigues, R., Mendes, I., Silva, C., & Crespo, S. (2016). Recursos sociais e económicos nas pessoas muito idosas: diferenças de género. *Revista Kairós-Gerontologia, 19*(4), 09-28. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.05.002>

- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science*, 4(4), 99-104. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10772395>
- Schalock, R. L. (2000). Three decades of quality of life. *Focus on autism and other developmental disabilities*, 15(2), 116-127. <https://doi.org/10.1177/108835760001500207>
- Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of intellectual disability research*, 48(3), 203-216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2003.00558.x>
- Schalok, RL, & Verdugo, M. Á. (2003). Qualidade de vida: manual para profissionais da educação, saúde e assistência social.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. D. (2010). Satisfação conjugal: revisão integrativa da literatura científica nacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 525-532.
- Seligman, M. E. P. (2004). Felicidade autêntica: usando a nova psicologia positiva para a realização permanente. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Shulgin, S., Zinkina, J., & Korotayev, A. (2019). Religiosity and aging: age and cohort effects and their implications for the future of religious values in high-income oecd countries. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 58(3), 591-603. <https://doi.org/10.1111/jssr.12613>
- Silva, C. A. M., & Almeida, A. (2011). A importância da família no cuidado ao idoso. *SEMINÁRIO INTEGRADO-ISSN 1983-0602*, 5(5).
- Singh, K., Junnarkar, M. O. H. I. T., Singh, D., Suchday, S., Mitra, S., & Dayal, P. (2020). Associations between religious/spiritual practices and well-being in Indian elderly rural women. *Journal of religion and health*, 59, 2753-2774. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00877-9>
- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 24, 201-209. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200010>
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2007). The development of coping. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 119-144.

- Sousa, N. F. D. S., Lima, M. G., Cesar, C. L. G., & Barros, M. B. D. A. (2018). Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 34.
- Štambuk, A. (2019). Viúva e luto na velhice. *Socialno delo*, 58 (2).
- Stones, D., & Gullifer, J. (2016). 'At home it's just so much easier to be yourself': older adults' perceptions of ageing in place. *Ageing & Society*, 36(3), 449-481. doi:10.1017/S0144686X14001214
- Sytsma, T. T., Schmelkin, L. A., Jenkins, S. M., Lovejoy, L. A., Lapid, M. I., & Piderman, K. M. (2018). "Keep the faith": Spirituality as a contributor to resiliency in five elderly people. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 30(4), 314-324. https://doi.org/10.1080/15528030.2018.1441095
- Tomini, F., Tomini, S. M., & Groot, W. (2016). Understanding the value of social networks in life satisfaction of elderly people: a comparative study of 16 European countries using SHARE data. *BMC geriatrics*, 16, 1-12. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0362-7
- Vanleerberghe, P., De Witte, N., Claes, C., Schalock, R. L., & Verté, D. (2017). The quality of life of older people aging in place: a literature review. *Quality of Life Research*, 26, 2899-2907. https://doi.org/10.1007/s11136-017-1651-0
- Wahl, HW (2020). Envelhecer com sucesso: Possível em princípio? Possível para todos? Desejável para todos?. *Ciência Psicológica e Comportamental Integrativa*, 54 (2), 251-268.
- Walker, A. (2005). Uma perspectiva europeia sobre a qualidade de vida na velhice. *European Journal of Aging*, 2 (1), 2-12.
- World Health Organization. (1997). Programme on Mental Health. WHOQOL: Measuring quality of life, 13. <http://doi.org/10.5.12>
- Zhang, J., Peng, J., Gao, P., Huang, H., Cao, Y., Zheng, L., & Miao, D. (2019). Relationship between meaning in life and death anxiety in the elderly: self-esteem as a mediator. *BMC geriatrics*, 19, 1-8. https://doi.org/10.1186/s12877-019-13

## 8. Anexos

### Anexo 1. Questionário Sociodemográfico

(Grácio & Canhoto, 2020)

#### I. Dados de identificação

1. Idade: \_\_\_\_\_

2. Sexo: Masculino  Feminino

3. Naturalidade/sítio onde nasceu: \_\_\_\_\_

#### 4. Estado Civil

Solteiro/a

Casado (a)/união de facto

Divorciado/a / Separado/a

Viúvo/a

5. No caso de ser viúvo/a, há quanto tempo faleceu o seu cônjuge? \_\_\_\_\_

#### II. Habilitações literárias

Não sabe ler/escrever

Sabe ler e escrever

1º Ciclo/Instrução primária/4º ano

2º Ciclo/5º e 6º anos/

3º Ciclo/9º ano/Antigo 5º ano

12º ano/antigo 7º ano

Curso Médio  Qual? \_\_\_\_\_

Curso Superior  Qual? \_\_\_\_\_

#### III. Situação profissional

Trabalhou

Não trabalhou

Se sim, qual foi o seu emprego? \_\_\_\_\_

#### **IV. Situação económica**

8. Que tipo de reforma(s)/ pensão tem?

Própria

Do marido/mulher

Outra:  \_\_\_\_\_

9. Para além da (s) reforma(s) tem algum outro tipo de rendimento ou de ajuda monetária ou de bens/géneros?

Sim  Não

9.1. Em caso afirmativo, Qual? /Quais? \_\_\_\_\_

10. Como considera a sua situação económica?

Insuficiente  Suficiente

Boa  Muito Boa

10.1. Indique os motivos: \_\_\_\_\_

11. Situação atual

Empregado/a

Reformado/a

11.1. Indique há quantos anos está reformado/a: \_\_\_\_\_

12. Exerce alguma atividade remunerada, ou não, mesmo que esporadicamente para outros?

Sim  Não

12.1. Se sim, diga qual ou quais: \_\_\_\_\_

#### **V. Situação habitacional e contexto familiar**

13. Onde vive habitualmente?

13.1. Localidade: \_\_\_\_\_

14. Há quantos anos vive em Moura? \_\_\_\_\_

15. Habitação:

Casa própria

Casa arrendada

Casa de familiares

Outra situação: \_\_\_\_\_

16. Com quem vive habitualmente:

Sozinho/a  Acompanhado/a

16.1. Se acompanhado, com quem? \_\_\_\_\_

17. Costuma passar períodos fora da sua residência principal?

Sim  Não

17.1. Se sim, onde? \_\_\_\_\_

17.2. Com quem? \_\_\_\_\_

17.3. Quando/porquê? \_\_\_\_\_

17.4. Quanto tempo?

\_\_\_\_\_

a) Filhos

18. Tem filhos? Sim  Não

18.1. Se sim, quantos?

\_\_\_\_\_

18.2. Onde residem os filhos?

\_\_\_\_\_

18.3. Com que frequência costuma falar com os seus filhos?

\_\_\_\_\_

18.4. Com que frequência costuma estar com eles? \_\_\_\_\_

18.5. A pandemia de COVID-19 alterou alguma coisa? Sim  Não

18.6. Se sim, o quê?

\_\_\_\_\_

a) Netos

19. Tem netos? Sim  Não

19.1. Se sim, quantos?

\_\_\_\_\_

19.2. Onde residem os netos? \_\_\_\_\_

19.3. Com que frequência costuma falar com os seus netos?

\_\_\_\_\_

19.4. Com que frequência costuma estar com eles? \_\_\_\_\_

19.5. A pandemia de COVID-19 alterou alguma coisa? Sim  Não

19.6. Se sim, o quê?

\_\_\_\_\_

a) Outros familiares

20. Tem outros familiares com quem tem contacto Sim  Não

20.1. Quem? \_\_\_\_\_

20.2. Com que frequência costuma contactar com eles? \_\_\_\_\_

20.3. Onde vivem estes familiares? \_\_\_\_\_

20.4. A pandemia de COVID-19 alterou alguma coisa? Sim  Não

20.5. Se sim, o quê?

\_\_\_\_\_

## VI. Redes de apoio e autonomia

21. Costuma contactar com os seus amigos e vizinhos?

Sim  Não

21.1. Se sim, que tipo de contacto?

\_\_\_\_\_

21.2. Com que frequência? \_\_\_\_\_

22. Costuma visitar alguém?

Sim  Não

22.1. Se sim, quem? \_\_\_\_\_

22.2. Com que frequência? \_\_\_\_\_

23. Costuma receber visitas?

Sim  Não

23.1. Se sim, quem? \_\_\_\_\_

23.2. Com que frequência? \_\_\_\_\_

24. Existem familiares/pessoas próximas que lhe dão mais apoio?

Sim  Não

24.1. Se sim, quem? \_\_\_\_\_

25. No seu dia a dia tem alguém com quem costume estar ou falar?

Sim  Não

25.1. Quem? \_\_\_\_\_

26. Caso precise de alguma ajuda com quem é que pode contar? A quem?

Sim  Não

26.1. Porquê? \_\_\_\_\_

27. Relativamente à sua vida, o que pode decidir e fazer sem depender de ninguém?

---

28. Existem coisas que tenha dificuldade em fazer sozinho?

Sim  Não

28.1. Se sim, quais?

---

28.2. Como lida com isso? /Que estratégias usa para ultrapassar essas dificuldades?

---

28.3. Existe alguém que a ajude nesse sentido?

Sim  Não

28.4. Se sim, quem? \_\_\_\_\_

## **VII. Participação na comunidade**

29. Em Moura costuma sair? (e.g. ir às compras, jardim, café, biblioteca, visitar amigos...)

Sim  Não

29.1. Para ir onde? \_\_\_\_\_

29.2. Para fazer o quê? \_\_\_\_\_

29.3. Com que frequência? \_\_\_\_\_

29.4. A pandemia de COVID-19 alterou alguma coisa?

---

30. Participa em algumas atividades ou organizações de Moura ou de outros sítios?

Sim  Não

30.1. Se sim, quais?

---

31. Sente-se seguro a viver em Moura?

Sim  Não

## VIII. Religiosidade/espiritualidade

32. Acredita em Deus ou em algo espiritual/tem alguma devoção?

Sim

Não

32.1. Se sim em quê? \_\_\_\_\_

32.2. Porquê? \_\_\_\_\_

33. Acha que é uma pessoa com fé?

Sim

Não

33.1. Se sim em quê? \_\_\_\_\_

33.2. Porquê? \_\_\_\_\_

34. No seu dia a dia costuma ter alguma prática religiosa ou espiritual? (como por exemplo rezar, falar com Deus, ir à igreja, missa, cemitério...)

Sim

Não

34.1. Se sim, quais? \_\_\_\_\_

34.2. Em que é que isso o/a ajuda ou tem ajudado? \_\_\_\_\_

35. É praticante?

Sim  Não

35.1. Se sim, de que forma? \_\_\_\_\_

36. Cumriu as celebrações religiosas?

36.1. Se sim, quais?

\_\_\_\_\_

37. Costuma participar em celebrações religiosas institucionalizadas?

Sim  Não

37.1. Se sim, quais?

---

37.2. Com que frequência? \_\_\_\_\_

## Anexo 2. Tabela de caracterização dos participantes

		N	%
Género	Feminino	10	50
	Masculino	10	50
Habilitações literárias	Não sabe ler/escrever	4	20
	1º ciclo/ Instrução primária/ 4º ano	16	80
Estado civil	Viúvo	20	100
Tempo de viuvez	Menos de 1 ano	2	10
	1 a 4 anos	7	35
	5 a 8 anos	3	15
	9 a 12 anos	2	10
	≥ 13 anos	6	30
Rendimento	Pensão de reforma	20	100
Tipo de reforma	Própria	8	40
	Própria e sobrevivência	12	60
Filhos	sim	19	95
	Não	1	5
Netos	Sim	17	85
	Não	3	5
Contacto com amigos e vizinhos	Sim	12	60
	Não	8	40
Saídas usuais quotidianas	Sim	10	50
	Não	10	50
Crença em Deus ou em algo espiritual/existência de alguma devoção	Sim	17	85

	Não	3	15
Existência de práticas religiosas/espirituais	Sim	7	35
	Não	13	65
Praticante	Sim	5	25
	Não	15	75
Participação em celebrações religiosas institucionalizadas	Sim	11	55
	Não	9	45

### **Anexo 3. Guião de entrevista**

(Grácio & Canhoto, 2020)

1. Como foi para si envelhecer?
2. Quando é que começou a sentir que estava a envelhecer/que já não era novo (que mudanças sentiu)? Porquê?
3. Acha que ao envelhecer também ganhou ou melhorou algumas coisas (em si, no relacionamento com os outros, na forma de encara a vida, pensar, fazer coisas)?
  - 3.1. Se ganhou/melhorou refira o quê.
  - 3.2. Porquê?
4. Acha que ao envelhecer também perdeu ou piorou algumas coisas?
  - 4.1. Se perdeu/piorou, refira o quê.
  - 4.2. Porquê?
5. Como lida /o que faz para lidar ou enfrentar essas perdas?
6. À medida que envelheceu sentiu que a sua religiosidade/espiritualidade, (por exemplo a sua fé, rezar, falar com Deus, ir à igreja ou outra coisa) aumentou ou não? Porquê?
7. Considera-se uma pessoa religiosa ou espiritual? Porquê?
8. Ser religioso ou espiritual ou ter fé ajuda-o a sentir-se mais satisfeito com a sua vida? Porquê?
9. Acha que ser religioso ou espiritual (ou ter fé ou devoção ou acreditar em Deus) o ajuda a sentir-se menos preocupado ou a lidar melhor com as preocupações? Porquê?
10. Acha que ser religioso/espiritual o/a tem ajudado a enfrentar alguns acontecimentos da sua vida? Quais? Como? Porquê?
11. Acha que ser religioso/espiritual o/a tem ajudado a lidar com a pandemia de COVID-19? Em quê?
  - 11.1. Como?

**12.** Caso precise de alguma ajuda com quem é que pode contar?

**12.1.** Porquê?

**13.** Frequenta ou frequentou alguma igreja ou grupo espiritual?

**13.1.** Porquê?

**13.2.** Se sim, com que frequência?

**13.3.** Em que é que isso o/a ajuda ou tem ajudado)? (conhecer pessoas; conviver, ter onde ir, etc)

**14.** Quais são os seus objetivos de vida? /O que quer para a sua vida?

**15.** O que gostava ainda de poder fazer?

**15.1.** Porquê?

#### Anexo 4. Declaração de Consentimento Informado



#### Declaração de Consentimento Informado

Eu, \_\_\_\_\_,  
declaro participar voluntariamente no estudo desenvolvido pela estudante Joana Canhoto, no âmbito do Mestrado em Psicologia da Educação da Universidade de Évora, sobre o tema “Bem-Estar Subjetivo, Religião e Espiritualidade em Idosos Portugueses”, orientado pela Sr.<sup>a</sup> Professora Doutora Luísa Grácio.

Foram-se prestadas todas as informações relacionadas com os objetivos e procedimentos do estudo e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Declaro autorizar o registo áudio da entrevista, por forma a permitir a sua posterior análise e interpretação e aceito que as minhas respostas sejam utilizadas para publicação científica, mantendo o anonimato.

Além disso, fui informado/a de que tenho o direito de recusar, em qualquer altura, a minha participação neste estudo e que todos os dados e esclarecimentos recolhidos são estritamente confidenciais, pelo que serão apenas usados para fins de investigação.

Investigadora:

Data: \_\_\_/\_\_\_/

\_\_\_\_\_

Participante:

\_\_\_\_\_



<p>II. Religião, espiritualidade e Qualidade de vida: o Bem-Estar Subjetivo</p>	<p>II.1 Autopercepção de religiosidade/espiritualidade</p> <p>II.2 Práticas religiosas/espirituais e Bem-estar subjetivo</p>	<p>7- Considera-se uma pessoa religiosa ou espiritual? Porquê?</p> <p>8- Ser religioso ou espiritual ou ter fé ajuda-o a sentir-se mais satisfeito com a sua vida? Porquê?</p> <p>13- Frequenta ou frequentou alguma igreja ou grupo espiritual? 13.1- Porquê? 13.2- Se sim, com que frequência? 13.3- Em que é que isso o/a ajuda ou tem ajudado)? (conhecer pessoas; conviver, ter onde ir, etc)</p> <p>8- Ser religioso ou espiritual ou ter fé ajuda-o a sentir-se mais satisfeito com a sua vida? Porquê?</p>
<p>III. Inserção do sujeito na comunidade: Bem-estar social</p>		<p>12- Caso precise de alguma ajuda com quem é que pode contar? 12.1- Porquê?</p>
<p>IV. Religião: Bem-estar psicológico</p>	<p>IV. 1 Domínio do ambiente/(estratégias de coping)</p>	<p>9- Acha que ser religioso ou espiritual (ou ter fé ou devoção ou acreditar em Deus) o ajuda a sentir-se menos preocupado ou a lidar melhor com as preocupações? Porquê?</p> <p>10- Acha que ser religioso/espiritual o/a tem ajudado a enfrentar alguns acontecimentos da sua vida? Quais? Como? Porquê?</p> <p>11- Acha que ser religioso/espiritual o/a tem ajudado a lidar com a pandemia de COVID-19? Em quê? 11.1- Como?</p>

	V. 2 Propósito de vida	14- O que quer para a sua vida? / Quais são os seus objetivos de vida?  15- O que gostava ainda de poder fazer? 15.1- Porquê?
--	------------------------	--

