

HELENA ESPÍRITO-SANTO
FERNANDA DANIEL
(COORDS.)

IMPRESA DA
UNIVERSIDADE
DE COIMBRA
COIMBRA
UNIVERSITY
PRESS

TRAJETOS DO ENVELHECIMENTO

PERSPETIVAS TEÓRICAS E EMPÍRICAS



7. ESPIRITUALIDADE E ENVELHECIMENTO

*Sónia Simões, Laura Lemos,
Joana Galbarido e Márcia Oliveira*

INTRODUÇÃO

A espiritualidade é uma dimensão constituinte do ser humano, a par das suas dimensões biológica, social, psicológica e axiológica, mas a psicologia, «ciência da alma», teve necessidade de se afirmar enquanto ciência, não sendo fácil a sua conciliação com o estudo da espiritualidade. Nos anos mais recentes reavivou-se o interesse pelo estudo da espiritualidade e da religiosidade e a sua relação com a saúde física e mental. Neste âmbito, refira-se o reconhecimento da importância da espiritualidade na definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), ao definir a existência de quatro dimensões importantes para o estado de saúde, nomeadamente as dimensões corporal, psíquica, social e espiritual. Em continuidade, a OMS incluiu no seu instrumento de avaliação da qualidade de vida o domínio Religiosidade, Espiritualidade (R/E) e Crenças Pessoais (World Health Organization, 1998).

Este capítulo pretende apresentar os conceitos de espiritualidade e religiosidade, diferentes na sua definição ainda que, muitas vezes, a espiritualidade seja definida em comparação com a religiosidade.

Em seguida, salienta-se a importância de promover o envelhecimento bem-sucedido da população, bem como os principais fatores que para ele contribuem, destacando-se o *coping* religioso/espiritual como particularmente importante na velhice, período de vida em que o indivíduo lida com grandes alterações na sua condição física e na sua rede social. Considerando a importância da espiritualidade e da religiosidade no processo de envelhecimento, é apresentada uma revisão da literatura sobre os principais estudos acerca da relação entre a espiritualidade/religiosidade e a saúde física e mental dos indivíduos. Neste ponto é, ainda, explorada a relação entre a participação em atividades religiosas e grupais e o envelhecimento saudável. Reconhecendo-se que temas religiosos e espirituais possam assumir grande relevância em contexto de consulta e tratamento psicológico, são apresentadas algumas abordagens psicoterapêuticas que incluem, de modo explícito ou implícito, a espiritualidade/religiosidade, bem como são referidos alguns dados sobre a eficácia de terapias que englobam esta dimensão espiritual/religiosa. Por fim, são referidos alguns instrumentos de medida da espiritualidade, adaptados para a população portuguesa, bem como são identificadas algumas necessidades de operacionalização dos constructos avaliados.

ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE: DEFINIÇÕES

O significado da vida e a possibilidade de se deparar com o seu fim são questões que atormentam o ser humano. É nesse sentido que surge a espiritualidade como uma dimensão relevante do indivíduo e que o distingue de outros seres vivos (Pinto & Pais-Ribeiro, 2010). Ainda que o termo espiritualidade tenha surgido inicialmente associado ao espírito, na década de 60 do século vinte,

a psicologia humanista definiu espiritualidade como remetendo para a autorrealização e o envolvimento no desenvolvimento do potencial humano (Fonseca, 2010; Vitz, 1994).

A espiritualidade é então compreendida como uma força que permite ao indivíduo estabelecer uma ligação com o universo, uma procura de respostas sobre o significado da vida, a procura de sentido para a vida, na relação com o sagrado e o transcendente.

Porém, a espiritualidade pode ou não estar vinculada a uma religião e é muitas vezes definida em oposição à religiosidade. Deste modo, alguns autores têm evitado termos que refletem conceitos associados a determinadas culturas ou religiões, postulando que a espiritualidade inclui, mas transcende a religião e as experiências religiosas (e.g., Jernigan, 2001; Lucchetti, Koenig, Pinsky, Laranjeira, & Vallada, 2015). Assim, apesar de haver uma relação entre os termos espiritualidade e religiosidade, estes não são sinónimos (Guimarães & Avezum, 2007).

Religião ou religiosidade são conceitos que estão geralmente ligados ao grau de participação ou adesão às crenças e práticas de uma dada instituição ou sistema religiosos, envolvendo atividades como ir à igreja ou participar em outras atividades ou grupos religiosos. A religiosidade envolve igualmente a fé, os dogmas, a ética e o comportamento moral, traduzindo o alcance como que o indivíduo acredita, segue e pratica uma religião (Dalby, 2006; Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007; Stolzenberg, Blair-Loy, & Waite, 1995). A religião refere-se, então, ao sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos que aproximam o indivíduo ao sagrado ou ao transcendente e fomentam a compreensão da relação e responsabilidade com os outros e com a comunidade (Crowther, Parker, Achenbaum, Larimore, & Koenig, 2002; Koenig, 2001, 2012).

Refira-se, ainda, que existe uma distinção entre os indivíduos que vivem uma religiosidade extrínseca (uso da religião para alcançar

algo «não espiritual», como encontrar amigos, alcançar *status* social, prestígio ou poder) e os indivíduos com uma religiosidade intrínseca (têm uma profunda fé interior que é a principal força motivadora nas suas decisões e comportamentos diários, caracterizada por um íntimo relacionamento pessoal com Deus) (Koenig, 2001).

Já a *espiritualidade* é entendida como um conceito mais amplo, de organização da vida individual e coletiva na busca de atribuição de significados, valores e relações que contribuem para uma vida e uma morte com sentido, com uma vivência do real que transcendem o próprio indivíduo (Jernigan, 2001; Pinto & Pais-Ribeiro, 2010). A espiritualidade remete, então, para uma reflexão, uma busca pessoal sobre o significado da vida e a relação com o sagrado ou o transcendente, uma relação com Deus ou com um poder superior (Crowther et al., 2002; Zinnbauer & Pargament, 2002). Num sentido semelhante, Dalby (2006) define a espiritualidade como estando relacionada com algo pessoal e envolvendo experiências subjetivas. Nesta linha, Moberg e Brusek (1978) diferenciam duas dimensões da espiritualidade, a dimensão horizontal e a dimensão vertical. A dimensão horizontal é definida como sendo um recurso interno e subjetivo, conduzido pela experiência de doação de si, de fraternidade pelo contacto mais íntimo com o próprio, com a poesia, arte e natureza, incluindo também toda e qualquer ideia que proporcione o bem-estar social, o cuidado, a tolerância e a solidariedade. Por seu lado, a dimensão vertical representa um caminho rumo a Deus, a um poder superior.

Há outros autores que valorizam a necessidade de existir uma prática espiritual sistematizada, como Atchley (1997), que define espiritualidade como uma procura do sujeito por um sentido último através de uma compreensão individualizada do sagrado, que envolve a integração de experiências externas e internas no contexto de uma prática sistematizada. Para exemplificar a divergência de definições de espiritualidade que se podem encontrar na literatura,

refira-se ainda a definição proposta por Wein (2014), que caracteriza a experiência espiritual como sendo uma experiência de unificação ou unidade, que é acompanhada por uma mudança no estado de consciência. Sublinha-se que este autor não pressupõe a existência de uma alma, assumindo que o cérebro é a mente, sendo as experiências espirituais manifestações dos neurotransmissores cerebrais.

Portanto, ainda que religião e espiritualidade encontrem a sua definição na crença e no compromisso com os aspetos do divino, sagrado, universal, bem como na convicção da existência de uma dimensão não-material na vida (Martínez-Martí, 2006), a religião associa-se à participação em instituições e práticas religiosas, havendo menor autonomia individual, uma vez que há uma tradição imposta por uma autoridade religiosa; ao passo que a espiritualidade remete para uma busca individual e autónoma, independente da tradição e das instituições religiosas.

Em todas as sociedades existem costumes e crenças acerca da morte, definida como uma transição (Parkes, Laungani, & Young, 2003), mas cada cultura tem uma forma própria de lidar com a morte e enfrentar o luto, sendo esta uma condição do ser humano, que tem consciência da sua finitude (Parkes et al., 2003). Há culturas que aceitam que a transição envolva uma longa jornada, outras encaram a mesma como uma passagem para planos espirituais superiores, estágios de grande integração com o mundo espiritual ou estágios que se movimentam à distância física e emocional dos vivos (Glascock & Branden, 1981). Nesta perspetiva, a literatura tem sublinhado a inevitabilidade de um certo nível de enviesamento em qualquer definição de espiritualidade, devido à influência de variáveis sociais, culturais e históricas, com alguns autores a reconhecerem que a vivência da espiritualidade varia em função de diferentes culturas e religiões, podendo haver diferentes tipos de espiritualidade (Jernigan, 2001).

ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO, *COPING* RELIGIOSO/ ESPIRITUAL E RESILIÊNCIA NO ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um fenômeno natural da vida, que compreende desafios biológicos, fisiológicos e psicológicos, que produz crises existenciais, à semelhança do que ocorre em todas as etapas de desenvolvimento. Ao longo do processo de envelhecimento ocorrem grandes transformações a nível físico, psíquico e social. Podem ser diferenciados três tipos de idades: biológica, social e psicológica. A idade biológica está relacionada com o envelhecimento orgânico, uma vez que os órgãos sofrem alterações ao longo da vida, tornando o seu funcionamento e a capacidade de autorregulação mais lento e menos eficaz. A idade social refere-se aos papéis, estatuto e hábitos do indivíduo na sociedade (cultura/história do país). Por fim, a idade psicológica relaciona-se com as competências comportamentais, que o indivíduo coloca em ação para dar resposta às mudanças do ambiente, motivação, memória e inteligência (Fontaine, 2000).

A chegada à idade adulta avançada requer múltiplas adaptações (Lima, 2010), sendo uma etapa de vida descrita como capaz de potenciar o surgimento de sintomatologia depressiva e sensibilidade às doenças (Fontaine, 2000). Contudo, tal vivência irá depender do estilo de vida, da personalidade e das experiências prévias (Marchand, 2001) e, se algumas pessoas de idade avançada aceitam as transformações físicas e biológicas de forma natural, outras vivem estas mudanças com sofrimento, tornando-se mais difícil a adaptação a esta nova etapa do ciclo vital. Refira-se que alguns dos fatores que contribuem para perturbações mentais da população idosa são: a reforma, o isolamento, as perdas, a falta de recursos económicos e a adaptação às condições ambientais (Barreto, 1984; Eliopoulos, 2005; Santos, 2002).

Se a rede de apoio não consegue responder às necessidades impostas pelas mudanças na saúde física e mental da pessoa idosa,

então pode ser necessário recorrer à institucionalização (Cardão, 2009), implicando algumas perdas, isolamento social, diminuição de contacto familiar e redução da autonomia (Medeiros, 2012; Yamada, Siersma, Avlund, & Vass, 2012). Inversamente, quanto maior for o tempo de institucionalização, mais tendem a aumentar as perdas funcionais e a prevalência de depressão, levando assim ao declínio das funções físicas e cognitivas (Cardão, 2009; Medeiros, 2012).

O termo *envelhecimento bem-sucedido* surge no final da década de 60, com o objetivo de encontrar um equilíbrio entre a capacidade da pessoa idosa e as exigências do meio ambiente. O estudo da Fundação MacArthur, de 1984, foi um dos principais contributos para a afirmação do termo envelhecimento bem-sucedido, tendo o intuito de mostrar uma outra visão de envelhecimento que não fosse focada na doença e na incapacidade (Fonseca, 2005). Surgem, então, alguns modelos explicativos do envelhecimento bem-sucedido, como os modelos de Rowe e Kahn (1998) e de Baltes e Baltes (1990). O modelo de Rowe e Kahn (1998) realça a importância do indivíduo se manter funcional à medida que envelhece, sendo o envelhecimento bem-sucedido a capacidade que a pessoa idosa tem em manter três características essenciais: elevada funcionalidade física e mental, compromisso ativo com a vida e baixo risco de doença. Um outro aspeto fulcral é a prevenção dos riscos, que passa por adoção de estilos de vida saudáveis que envolvam, por exemplo, a prática de exercício físico, que promove o bem-estar e a manutenção da função cognitiva. Assim, os indivíduos devem manter-se ativos nas relações com os outros e realizar atividades produtivas que gerem bens ou serviços de valor (cuidar de familiares, amigos e da casa, voluntariado em igrejas ou organizações civis), sendo estas atividades remuneradas ou não.

Seguindo uma orientação semelhante, o modelo de seleção, otimização e compensação (*Selective Optimization with Compensation Model*, SOC), desenvolvido por Baltes e Baltes (1990) sugere que os

indivíduos escolham domínios de vida que sejam importantes para si e otimizem os recursos necessários para serem bem-sucedidos nesses domínios. Não obstante, apesar das teorias de envelhecimento bem-sucedido proporcionarem uma boa leitura sobre a adaptação às mudanças decorrentes da idade, não existe apenas uma forma de envelhecer com sucesso, mas sim várias e diferentes.

Portanto, com o aumento da população idosa surge a necessidade de serem criadas estratégias que auxiliem um envelhecimento saudável, pois uma maior longevidade torna mais proeminentes as preocupações com a qualidade de vida dos mais velhos. Assim, é necessário criar condições para a integração das pessoas idosas na comunidade, numa perspectiva de continuidade, favorecendo um estilo de vida ativo e saudável (Carvalho & Carvalho, 2008). As ações ao nível da prevenção da saúde física e mental com uso de medidas de rastreio em pessoas idosas devem ser implementadas com o objetivo de proporcionar um aumento da esperança de vida com qualidade (Daley-Placide & Coward, 2009). Sabendo-se que, com o avançar da idade, a capacidade funcional do organismo diminui (Martins, Rosado, Cunha, Martins, & Teixeira, 2008), a atividade física, devidamente planeada e orientada, pode atenuar o aparecimento de problemas associados ao envelhecimento, proporcionando à pessoa idosa uma melhor qualidade de vida (Martins et al., 2008).

Reconhecendo a importância deste tema, no fim da década de 90 do século passado, a OMS utilizou o termo *envelhecimento ativo* para passar uma mensagem mais abrangente e inclusiva do processo de envelhecimento, comparativamente ao conceito «envelhecimento saudável». O envelhecimento ativo remete para um processo de otimização das oportunidades, participação e segurança, com a finalidade de oferecer uma melhor qualidade de vida aos indivíduos que estão a envelhecer. Este conceito pretende aumentar a perspectiva de uma vida saudável e de qualidade de vida para todas as pessoas, incluindo as mais frágeis e incapacitadas (World Health

Organization, 2002). Refira-se que a qualidade de vida da pessoa idosa tem sido muito estudada e, neste contexto, Brown, Bowling e Flynn (2004) apresentaram, na sua revisão sistemática da literatura, várias abordagens suscetíveis de aplicação ao contexto gerontológico (Fernández-Mayoralas et al., 2007). A este propósito, o estudo do processo de envelhecimento tem evidenciado que a espiritualidade é importante para a qualidade de vida das pessoas mais velhas, facilitando o ajustamento às perdas e às transformações que acontecem durante o processo de envelhecimento, isto é, ajudando-as a viver com perdas e limitações (Atchley, 1997; Cupertino & Novaes, 2004; Jernigan, 2001).

Tem sido referido que os períodos de transição e as crises se associam mais a mudanças no processo de procura de sentido e propósito para a vida (Stokes, 1991). Partindo do pressuposto sublinhado na literatura de que existe uma maior probabilidade de sair de uma *crise* quando há algo por que valha a pena insistir, a espiritualidade emerge como uma importante área de estudo, em conexão com os interesses de investigação acerca do envelhecimento (Silva & Alves, 2007). As estratégias de *coping* são particularmente importantes quando é necessário fazer face a exigências pessoais ou situacionais, como as que ocorrem no envelhecimento. Assim, o *coping* refere-se a um processo em que os indivíduos tentam perceber e lidar com exigências pessoais ou situacionais que surgem nas suas vidas (Rowe & Allen, 2004). As estratégias de *coping* são influenciadas pelos recursos internos (experiências de vida significativas, capacidade de análise, crenças, valores e competências pessoais) e externos (estatuto socioeconómico, rendimento e habitação) das pessoas (Figueiredo, 2007). Há vários tipos de *coping*, nomeadamente: instrumental, paliativo e religioso/espiritual. O *coping* instrumental ou orientado para os problemas descreve estratégias que ajudam as pessoas a atuarem sobre as situações ameaçadoras, prejudiciais ou desafiantes. O *coping* paliativo ou orientado para as emoções engloba esforços

usados para obter uma interpretação diferente dos acontecimentos, e adquirir um maior controlo emocional (Ramos, 2005; Rowe & Allen, 2004). Por fim, o *coping religioso/espiritual* traduz-se na forma como as pessoas usam a fé, a crença, a sua relação com a transcendência, ou a sua relação com os outros, na adaptação, ajustamento e gestão das situações de crise (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). As estratégias de *coping* religioso constituem-se como manifestações religiosas concretas em situações difíceis ou stressantes, sendo categorizadas como positivas ou úteis e negativas ou prejudiciais (Pargament & Abu Raiya, 2007).

O *coping* positivo é construtivo e surge relacionado com o suporte espiritual, com o apoio religioso congregacional e com o reenquadramento religioso benevolente. Por seu lado, o *coping* negativo é destrutivo e relaciona-se com o descontentamento face à congregação religiosa ou com Deus e com o reenquadramento religioso negativo e punitivo (Pargament & Park, 1997).

A *resiliência* tem sido indicada como um mediador entre a espiritualidade e a saúde (Seybold & Hill, 2001). Os modelos teóricos sobre a resiliência surgiram há mais de dois decénios, quando nasceu a nova corrente denominada *Psicologia Positiva* (Seligman, 2004), que tinha como objetivo alterar o foco da compreensão e tratamento das patologias, ao não enfatizar os aspetos psicopatológicos, mas sim valorizando a construção de qualidades positivas. Esta abordagem apresenta um modelo de funcionamento que destaca as forças individuais e sociais que promovem nos indivíduos a resiliência e a capacidade de adaptação, favorecendo aspetos subjetivos como: felicidade, esperança, satisfação, otimismo, contentamento e bem-estar (Duarte Silva, 2005; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). A resiliência é muitas vezes mencionada por processos que explicam a superação de «crises» e adversidades em indivíduos, grupos e organizações (Tavares, 2001; Yunes, 2001; Yunes & Szymanski, 2001), devendo ser encarada não como um atributo pessoal inato,

mas sim como podendo ser aprendida (Silva & Alves, 2007). A Teoria e Terapia de Viktor Frankl conhecido como o «pai» dos estudos sobre a resiliência, valoriza o potencial humano na sua forma mais elevada, considerando que existe no homem um potencial superior (aspirações mais altas) que leva à abertura da transcendência. Esta potencialidade emergente, denominada dimensão noética ou espiritual, pode despertar o indivíduo para um interesse pela religião e pela espiritualidade (Silva & Alves, 2007).

ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E ENVELHECIMENTO: SAÚDE FÍSICA E MENTAL

Usando como base a sistematização de Wink e Dillon (2002), o desenvolvimento espiritual na velhice pode ser explicado através de dois modelos principais. Um primeiro modelo conceptualiza o crescimento espiritual como resultado positivo do processo de maturação. De acordo com a Teoria Psicossocial do Desenvolvimento Humano de Erikson, a evolução psicológica ocorre em oito estágios, que contribuem para a formação da personalidade. Os quatro primeiros estágios decorrem durante a infância, e os restantes ao longo da idade adulta e da velhice. No oitavo estágio, delimitado após os 65 anos, denominado Integridade *versus* Desespero, o indivíduo faz uma reflexão sobre a sua vida passada, a sua adaptação ao sucesso e às perdas, tudo aquilo que fez ou que deveria ter feito. Os sentimentos podem ser de satisfação, dever cumprido, ou de desapontamento ao pensar que a vida chegou ao fim e não conseguiu atingir os objetivos pretendidos (Erikson, 1972). Ao chegar a esta última fase do ciclo vital, o indivíduo reflete sobre algumas questões que surgem inevitavelmente: «Quem sou eu?», «Porque estou neste mundo?», «A minha vida tem sentido?», «Para onde vou?», «Como tenho vivido todos esses anos?», «Como poderei viver os próximos anos?». Portanto,

a abordagem Eriksoniana do desenvolvimento humano destaca a existência de forças no ser humano (numa aproximação à definição de espiritualidade) que surgem ou se acentuam, com o envelhecer (Baldessin, 2002). Similarmente, Jung (1964/2008) defende que na meia-idade os indivíduos se viram mais para o seu interior explorando aspetos mais espirituais, o que contribui para a expansão do seu *self* e para alcançar a autorrealização, o que coincide com uma fase da vida em que estão mais libertos de outros compromissos, como a carreira e a família (Wink & Dillon, 2002).

Por seu lado, o segundo modelo de desenvolvimento espiritual não considera tanto que haja crescimento espiritual com o envelhecimento, mas sim uma conexão entre espiritualidade e idade avançada mais em termos de adaptação às perdas e à adversidade, nomeadamente quando os indivíduos se encontram mais angustiados, doentes, com medo de morrer ou a fazer o luto de um ente querido (Atchley, 1997; Hay, 2002).

Grande parte da literatura salienta que as crenças, a fé e a espiritualidade ocupam um lugar mais central na vida das pessoas de idade avançada, comparativamente à importância que tem nos jovens ou em qualquer outra etapa anterior das suas vidas. Assim, as pessoas mais velhas frequentam mais atividades religiosas, expressam mais atitudes religiosas, acreditam mais num poder supremo e na transcendência das limitações e vulnerabilidades, buscam mais um sentido para a vida e percecionam um maior reconhecimento de religiosidade intrínseca (Goldstein, 2000; Goldstein & Neri, 2000; Goldstein & Sommerhalder, 2002; Moberg, 2005). A espiritualidade aparece, também, como um poderoso recurso na idade avançada, particularmente presente na vida dos centenários (Manning, Leek, & Radina, 2012). Não obstante, alguns autores, como Seifert (2002), têm alertado para a relevância de não se pressupor que a espiritualidade aumenta sempre com a idade. Foi possível, perceber, através dos dados de um estudo longitudinal (Wink &

Dillon, 2002) realizado com sujeitos acompanhados desde a infância até depois dos seus 70 anos, que há um aumento da espiritualidade a partir dos 50-60 anos de idade, sendo preditores deste desenvolvimento espiritual o envolvimento religioso, as características da personalidade no início da idade adulta (designadamente compromisso/envolvimento cognitivo, traduzido pela maior introspeção e *insight*, pensamento não convencional e um maior investimento no mundo das ideias) e a vivência de acontecimentos de vida negativos. Assim, na medida em que o desenvolvimento espiritual tende a ocorrer em indivíduos dispostos psicologicamente para pensar, que investem no pensamento sobre as coisas e que tiveram experiências de adversidade, levanta-se a hipótese da relação entre o desenvolvimento espiritual, a sabedoria e os estágios pós-formais do desenvolvimento cognitivo.

Refiram-se, ainda, a presença de diferenças entre homens e mulheres nas dimensões espiritualidade e religiosidade, destacando-se que as mulheres aumentam mais a sua espiritualidade no segundo período da vida adulta (Wink & Dillon, 2002) e têm maior envolvimento em atividades religiosas organizadas (Stolzenberg et al., 1995), comparativamente aos homens. A religiosidade surge também associada a traços de personalidade como o baixo psicoticismo, alta amabilidade e alta conscienciosidade (Alminhana & Moreira-Almeida, 2009).

Muitos estudos apresentam uma relação positiva entre a espiritualidade/religiosidade e a qualidade de vida e uma melhor saúde física e mental, demonstrando a pertinência de investir nesta área de estudo (Koenig, McCullough, & Larson, 2001). Uma revisão de Mueller, Plevak e Rummans (2001) permite apresentar uma síntese dos principais resultados dos estudos realizados, que evidenciam uma associação entre o envolvimento religioso e a espiritualidade e saúde física, mental e qualidade de vida, que se traduzem em maior longevidade, menor ansiedade, depressão e suicídio.

No que concerne à associação com a *saúde física*, tem sido referido um impacto positivo da espiritualidade/religiosidade na prevenção do desenvolvimento de doenças, na eventual redução da mortalidade devido a melhores práticas de saúde (Guimarães & Avezum, 2007), bem como na hipertensão, cirrose, enfisema, suicídio e morte por doença isquémica do coração (Lavretsky, 2010). Na área do tratamento de doenças crónicas, a espiritualidade associou-se a uma melhoria de quadros clínicos graves e ao restabelecimento pós-cirúrgico mais rápido (Culliford, 2002). Em estudos com pacientes após cirurgia cardíaca, crenças religiosas fortes associaram-se a um menor tempo de internamento e a menos complicações, melhor adaptação e recuperação mais rápida (Contrada et al., 2004; Vahia et al., 2011). Refira-se, ainda, um estudo oriundo da área oncológica, que concluiu que a valorização da espiritualidade do doente oncológico é um indicador de bem-estar e de qualidade de vida do doente, quando outros domínios estão controlados, como o bem-estar físico e social/familiar (Brady, Guy, Poelstra, & Brokaw, 1999). Em investigações realizadas com população idosa, os estudos indicam que pessoas com uma maior atividade espiritual/religiosa apresentam um sistema imunitário menos vulnerável (Guimarães & Avezum, 2007; Koenig et al., 1997). Por último, tem sido identificada um aumento da longevidade para aqueles que frequentam serviços espirituais/religiosos (Chida, Steptoe, & Powell, 2009; Hummer, Rogers, Nam, & Ellison, 1999; McCullough, Hoyt, Larson, Koenig, & Thoresen, 2000; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Parte destes resultados descritos na literatura podem ser atribuídos a um estilo de vida que evita fatores de risco; isto é, em grande parte o estímulo que a religião ou a espiritualidade oferece, incita os sujeitos a viverem um estilo de vida saudável, contribuindo para a sua maior longevidade. Esses comportamentos, como por exemplo, a restrição no uso de drogas, álcool, tabaco e de comportamentos sexuais de risco, podem resultar em taxas mais baixas de doenças

crônicas e agudas dentro de grupos religiosos (Chatters, 2000; Powell, Shahabi, & Thoresen, 2003).

Porém, também existem estudos que, ou não encontram associações entre a religiosidade e a saúde física e mental (e.g., Allen et al., 2012; estudo longitudinal de Vaillant, Templeton, Ardel, & Meyer, 2008), ou que realçam o efeito negativo das crenças religiosas na saúde das pessoas, levando a um adiamento na procura de tratamento médico ou à negação a transfusões sanguíneas ou ao uso de preservativos [cf. revisões de Donahue (1985) e de Mueller et al. (2001)]. Vaillant e colaboradores (2008) dão voz a opiniões de autores mais críticos, enumerando algumas variáveis que podem ser responsáveis pelas relações entre religiosidade e saúde física, designadamente valores pré-mórbidos baixos de apoio social e saúde física e mental e a presença de fatores de risco (e.g., acontecimentos de vida stressantes, nível socioeconómico e consumo de álcool e tabaco). Não obstante, de uma forma geral, a literatura tem descrito um impacto positivo da religiosidade/espiritualidade sobre a saúde física, podendo apresentar-se como um fator de prevenção no desenvolvimento de doenças, e eventual redução da mortalidade ou no impacto de diversas doenças devido a melhores práticas de saúde.

No campo da *saúde mental* também têm sido apontadas muitas correlações com a espiritualidade. Assim, as crenças espirituais positivas podem ajudar na redução do stresse e a melhorar a sensação de controlo do indivíduo, aumentando o bem-estar e a qualidade de vida (Crowther et al., 2002). De um modo geral, as pessoas intrinsecamente religiosas/espirituais têm uma autoestima mais elevada, uma maior perceção de competência e conexão com os outros, uma personalidade mais equilibrada e evidenciam menos sintomas de depressão e ansiedade (Ebrahimi, Neshatdoost, Mousavi, Asadollahi, & Nasiri, 2013; Fung & Lam, 2013; Lavretsky, 2010; Lucchetti, Lucchetti, Bassi, Nasri, & Nacif, 2011; Moreira-Almeida, Neto, & Koenig, 2006; Sharma, Charak, & Sharma, 2009). Assim, a literatura refere, igualmente,

que uma maior vivência de espiritualidade/religiosidade intrínseca contribui para uma maior qualidade de vida e um menor sofrimento psicológico e, concomitantemente, melhor bem-estar psicológico que se traduz em menor o grau de ansiedade, stresse, afetos negativos, sentimentos de solidão, desespero e pensamentos suicidas em idosos (Chen et al., 2007; Duarte & Wanderley, 2011; Ellison & Fan, 2008; Konopack & McAuley, 2012; Lavretsky, 2010; Lucchetti et al., 2011; Taghiabadi, Kavosi, Mirhafez, Keshvari, & Mehrabi, 2017; Van Ness, Towle, O'Leary, & Fried, 2008; Whitehead & Bergeman, 2011). Uma possível explicação para a correlação inversa entre religiosidade e suicídio, tem a ver com o suicídio poder ser menos aceitável para as pessoas com elevada devoção religiosa (Lavretsky, 2010). Refira-se, ainda, que as experiências espirituais contribuem positivamente para a redução da ansiedade perante a morte (Taghiabadi et al., 2017).

Na velhice há um aumento da prevalência de *depressão*, em função da vulnerabilidade dos mais velhos, que contribui para o possível comprometimento físico resultante do processo de envelhecimento ou de doença crónica, a diminuição da capacidade em manter uma vida independente, uma alteração do estatuto social após a reforma, perdas na rede interpessoal e morte de companheiro, familiares e amigos (Hahn, Yang, Yang, Shih, & Lo, 2004). Talvez a depressão seja a doença mais relacionada com a espiritualidade/religiosidade, tendo a literatura evidenciado que os sintomas depressivos são mais comuns em pessoas de crenças moderadas a fracas (Bekelman et al., 2007; Blay, Batista, Andreoli, & Gastal, 2008; Coleman, 2005; Koenig, 2007; Lavretsky, 2010; Neves, Garcia, Espírito-Santo, & Lemos, 2018; Parker et al., 2003). Estudos sobre a relação entre depressão e a religião, na sua maioria, conduzidos com populações clínicas de pessoas idosas com diagnóstico de depressão, indicam uma associação inversa entre depressão e religião. Isto é, há uma associação positiva entre a frequência da participação religiosa e os efeitos do tratamento terapêutico, sendo a frequência de atividades religiosas

um fator protetor para a depressão geriátrica (Chen, Cheal, Herr, Zubritsky, & Levkoff, 2007; Hahn et al., 2004; Levin, 1994; Mueller et al., 2001; Toussaint, Marschall, & Williams, 2012). Por exemplo, Payman, George e Ryburn (2008) reportam que pacientes de idade avançada com diagnóstico de depressão e que são religiosos expressam níveis mais elevados de apoio social, bem como doentes com limitações físicas têm maior probabilidade de serem religiosos. Os autores colocam a hipótese explicativa de que talvez estas pessoas façam amigos e os mantenham na ou através da igreja, mas é igualmente possível que o declínio das capacidades físicas conduza a uma maior uso da religião como estratégia de *coping*. Num sentido semelhante, a meta-análise de Ano e Vasconcelles (2005) evidencia uma associação positiva entre o *coping* religioso e melhores índices de ajustamento psicológico ao stresse. Altos níveis de práticas religiosas públicas (Bosworth, Park, McQuoid, Hays, & Steffens, 2003) e de *coping* religioso positivo (Allen et al., 2012; Bosworth et al., 2003) estão associados a menores níveis de depressão.

A razão pela qual a religiosidade tem benefícios para a saúde mental não está ainda muito clara. O perdão poderá aqui surgir como uma peça-chave. Por exemplo, no estudo de Toussaint et al. (2012) concluiu-se que a capacidade de perdoar os outros beneficia dos efeitos da religiosidade e surge como protetor da depressão.

Contudo, outros estudos não descrevem relações significativas entre a prática religiosa das pessoas mais velhas e a saúde mental (Boey, 2003; Vaillant et al., 2008), nem entre a espiritualidade e, por exemplo, a depressão (Vahia et al., 2011). Há mesmo investigações que reportam que uma maior participação religiosa se associa à ansiedade (Van Ness & Larson, 2002). Deste modo, alguns resultados são contraditórios, podendo ser atribuídos a diferenças da conceptualização e definição de religiosidade/espiritualidade e saúde mental. Acrescente-se que também não há resultados conclusivos quanto à causalidade entre prática religiosa e saúde mental. Portanto, não se

sabe bem se é a prática religiosa que contribui para a melhoria das condições de saúde do indivíduo ou se as pessoas mais saudáveis se envolvem em mais atividades, inclusive as religiosas (Hackney & Sanders, 2003).

No que diz respeito ao *funcionamento cognitivo*, também se tem verificado a influência da espiritualidade. Altos níveis de espiritualidade e a frequência de práticas religiosas foram correlacionadas a uma progressão mais lenta do declínio cognitivo, assim como a um melhor funcionamento cognitivo (Corsentino, Collins, Sachs-Ericsson, & Blazer, 2009; Fung & Lam, 2013; Lucchetti et al., 2011; Vahia et al., 2011). A assistência espiritual pode aumentar a estimulação sensorial e cognitiva, por meio de atividades como a oração, a leitura das escrituras, canto, sermões, discussões filosóficas, e um maior nível de interação social. Assim, a prática social de atividades espirituais e religiosas pode promover a atividade mental, que protege contra o declínio cognitivo, sendo ainda de sublinhar que o isolamento social é um fator de risco para o declínio cognitivo na pessoa idosa (Corsentino et al., 2009). Num estudo de Beuscher e Grandó (2009), um terço dos participantes no estágio inicial da doença de Alzheimer relatou que a espiritualidade pessoal foi importante para a aceitação de perdas e alívio de medos e ansiedade. Assim, a participação nas atividades da igreja fornece conexões vitais com outras pessoas e, possivelmente, um sentimento de pertença e de identidade para o indivíduo com doença de Alzheimer.

Outros estudos focam-se na compreensão sobre a relação entre *coping* espiritual/religioso e a saúde durante o envelhecimento (Dalby, 2006), processo particularmente importante para a saúde mental. De uma forma geral, a religiosidade tem sido associada a maiores níveis de otimismo (Mónico, 2012, 2013; Poor, Borgi, Borgi, & Moslemi, 2016; Vahia et al., 2011) e felicidade (Myers, 2000) em pessoas de idade avançada, podendo ajudar a lidar melhor com os eventos de vida negativos (Sharma et al., 2009). A espiritualidade

poderá ser um poderoso mecanismo de *coping* face à adversidade, contribuindo para a capacidade de adaptação a novas necessidades individuais (Heintzman & Mannell, 2003; Koenig, 2002; Manning, 2013; Schwarz & Cottrell, 2007) e promovendo assim a resiliência a agentes stressores (Vahia et al., 2011). Porém, é importante salientar que Mónico (2012) só encontrou associações positivas entre o otimismo e a religiosidade no grupo de pessoas idosas saudáveis, e não no grupo da população clínica e que esta associação também não foi encontrada num estudo desenvolvido com pessoas idosas institucionalizadas (Neves et al., 2018).

Tem sido sugerido que a função de *coping* da religião/espiritualidade aumenta com a idade devido ao aumento da consciência sobre a mortalidade do próprio, o que leva a que seja colocado maior ênfase em aspetos existenciais da vida (Fiori, Brown, Cortina, & Antonucci, 2006). Neste sentido, vários estudos indicam que o *coping* espiritual é significativo para lidar com o processo de morte (Renz, Schütt Mao, & Cerny, 2005), com o luto e outras eventuais perdas, uma vez que as pessoas parecem lidar com as suas condições de uma forma mais eficaz (Pargament et al., 1990; Pargament, Smith, Koenig, & Perez, 1998). A investigação refere que as experiências espirituais diárias parecem operar como um mecanismo de *coping* positivo, aumentando o bem-estar físico e psicológico e o *coping* espiritual, em particular nas pessoas mais idosas (Jackson & Bergeman, 2011). Um estudo de Whitehead e Bergeman (2011) identifica o papel das experiências espirituais como amortecedor do impacto do stresse no humor.

É de apontar, ainda, que a participação em grupos religiosos confere vários benefícios no que diz respeito aos *recursos sociais*, que se relacionam com o tamanho das próprias redes sociais, com a frequência de interações com os membros da rede, tanto as interações atuais como as que são antecipadas, proporcionando estas últimas um apoio indireto. O contexto de um grupo favorece, então,

a troca de experiências, podendo falar-se abertamente sobre as questões que lhes são pertinentes, nomeadamente a aproximação da morte no caso de doentes em cuidados paliativos (Kovács, 2007). Em geral, os indivíduos que têm percepções positivas das relações de suporte sentem-se apoiados, sabendo que pertencem a um grupo independentemente de estarem presentes naquele momento ou não (Ellison & George, 1994). Portanto, o envolvimento em atividades espirituais percebidas como agradáveis (meditação, oração, cânticos, etc.) promove o bem-estar individual proporcionando ao sujeito sentimentos de autoestima, competência e conexão com os outros (Ebrahimi et al., 2013; Maton & Wells, 1995).

Note-se que a importância que a espiritualidade ocupa na vida das pessoas não deve ser mensurada pela quantidade de vezes que se frequenta uma igreja e sim pelo significado que cada um atribui às práticas religiosas individuais (Duarte & Wanderley, 2011); da mesma forma que a espiritualidade não é necessariamente relevante para todas as pessoas. No entanto, para aqueles em que a espiritualidade é importante, existe uma ligação entre a sua espiritualidade e a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo (Fung & Lam, 2013; Hill & Pargament, 2003; Koenig, 2002; Lavretsky, 2010; Lucchetti et al., 2011; Manning, 2012, 2013; Sawatzky, 2002; Vahia et al., 2011; Velasco-Gonzalez & Rioux, 2014).

Conclui-se, então, que a espiritualidade pode apresentar uma relação íntima com os mais diferentes aspetos do envelhecimento, tendo impacto na saúde física e mental e na qualidade de vida das pessoas idosas.

ESPIRITUALIDADE E PROCESSOS TERAPÊUTICOS

A literatura tem evidenciado a necessidade dos psicoterapeutas se sentirem à vontade quando os clientes abordam questões existenciais

e espirituais (Shaw, Joseph, & Linley, 2005), uma vez que o conhecimento e a valorização das crenças religiosas e espirituais podem promover a adesão à psicoterapia e a melhores resultados psicoterapêuticos. A este propósito, refira-se que a religião e a espiritualidade têm sido identificadas pelos clientes como temas importantes para abordar em contexto terapêutico (Miovic et al., 2006), ainda que muitas vezes seja associada ao trabalho dos líderes espirituais, pelo que nem sempre é explorada no contexto terapêutico (Gurney & Rogers, 2007).

Como foi referido anteriormente, existirá uma relação entre espiritualidade/religião e a saúde mental e, concomitantemente à inclusão da categoria «problemas religiosos ou espirituais» no *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais-IV* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994), que se mantém no DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), reconhece-se que temas religiosos e espirituais possam ser o foco da consulta e do tratamento psicológico (Lukoff, Lu, & Turner, 1995; Sparr & Ferguson, 2000). Assim, tem sido sublinhada a importância dos processos terapêuticos englobarem os sistemas de crenças dos clientes, bem como a religiosidade e a espiritualidade (Peres, Simão, & Nasello, 2007). Vários estudos demonstram que o conhecimento e a valorização dos sistemas de crenças dos sujeitos ajudam na adesão à psicoterapia, assim como estão relacionados a melhores resultados nas intervenções (Razali, Hasanah, Aminah, & Subramaniam, 1998; Sperry & Sharfranske, 2004). Isto deve-se ao facto da espiritualidade e da religião serem processos importantes da experiência humana, sendo utilizados com frequência como recursos para enfrentar diversos problemas (Duarte & Wanderley, 2011; Emmons & Paloutzian, 2003; Koenig, 2000; Koenig et al., 2001; Levin, 1996). No mesmo sentido, tem sido referida a importância dos psicoterapeutas reconhecerem a espiritualidade como uma dimensão da personalidade e da saúde, podendo ser um potencial recurso de

saúde que deve ser contemplado no treino e na formação dos profissionais de saúde (Miovic et al., 2006; Sharma et al., 2009). Não obstante, será necessário que a abordagem dos conceitos religião e espiritualidade em contexto terapêutico sejam promovidos através de uma definição mais coerente (Miovic et al., 2006).

Podem ser identificadas duas abordagens de integração da espiritualidade na psicoterapia: o terapeuta demonstra abertura para trabalhar temas espirituais, mas só usa métodos espirituais se o cliente trazer questões desse âmbito *versus* o terapeuta aborda questões espirituais de um modo direto e sistemático, recorrendo a métodos espirituais, como a meditação, o *yoga*, as orações e o ensino de textos sagrados (Sharma et al., 2009; Tan, 1996). Saliente-se que tem sido indicada a maior facilidade dos psicólogos em integrarem a psicoterapia e a espiritualidade, comparativamente à integração da psicoterapia com a religião (Lomax, Karff, & McKenny, 2002).

Apesar de alguns psicólogos, como William James, Carl Jung e Gordon Allport, terem estudado as experiências religiosas e seu papel no bem-estar psicológico, a espiritualidade e a religião foram negligenciadas por muito tempo na área da Psicologia (Rajaei, 2010). Contudo, nos últimos anos, muitos psicólogos têm tentado usar conceitos espirituais e religiosos na psicoterapia, emergindo diversas abordagens psicoterapêuticas que integram psicologia e espiritualidade, designadamente na Terapia Comportamental, na Psicanálise, na Terapia Existencial-Humanista, na Terapia *Gestalt*, e na Terapia Centrada na Pessoa (Rajaei, 2010).

A psicoterapia com uma abordagem espiritual procura reconhecer e utilizar as crenças religiosas dos clientes para reduzir sintomas e dificuldades do âmbito da saúde mental (Berry, 2002). Refira-se como exemplos destas abordagens a terapia cognitivo-comportamental adaptada para abordar a espiritualidade (*Spiritually Augmented Cognitive Behavioural Therapy*) e a terapia cognitiva espiritualmente

modificada (*Spiritually Modified Cognitive Therapy*), que mostrou que o uso da meditação promove benefícios significativos no tratamento da depressão, desesperança e do desespero (Berry, 2002; Cole, 2005; D'Souza & Rodrigo, 2004; Hodge, 2006; Propst, Ostrom, Watkins, Dean, & Mashburn, 1992).

Assim, se diversas meta-análises, analisadas por Luborsky e colaboradores (2002), evidenciam a ausência de diferenças nos resultados entre várias abordagens psicoterapêuticas, também há estudos a mostrar que modelos psicoterapêuticos cognitivo-comportamentais que valorizam a espiritualidade podem ser mais eficazes no tratamento dos doentes com depressão, comparativamente a outros modelos (D'Souza & Rodrigo, 2004; Propst et al., 1992). É, no entanto, de apontar que a psicoterapia com uma orientação espiritual é bastante mais eficaz em grupos étnicos com fortes características culturais religiosas, mostrando uma melhoria inicial mais rápida comparada à psicoterapia sem orientação espiritual (Azhar & Varma, 1995). Porém, refira-se a necessidade de desenvolver estudos sobre a eficácia de abordagens psicoterapêuticas que valorizem estas dimensões da existência humana (Peres et al., 2007).

A psicologia transpessoal, a quarta vaga da psicologia que se seguiu à corrente humanista, contempla essa possibilidade de estudo e de compreensão dos fenómenos espirituais, assumindo que há um centro da personalidade, denominado *self*, *eu* superior ou espírito, que tem uma sabedoria única e conhece quais os seus desafios com vista ao pleno desenvolvimento (Fonseca, 2010). Destacam-se como algumas das abordagens espirituais e transpessoais que são feitas à saúde mental no contexto da psicologia, os modelos apresentados por Jung, Assagioli, Ken Wilber e Stanislav Grof (Sharma et al., 2009).

Face a um grande aumento do investimento na área da espiritualidade e do envelhecimento, com provas científicas sobre os seus benefícios para a saúde, tem havido um grande crescimento

das intervenções com base espiritual e religiosa. A este propósito, Lavretsky (2010) enumera algumas práticas religiosas e espirituais eficazes, como as orações e os rituais religiosos, a meditação, a meditação *mindfulness* e o *yoga*. Este autor elucida sobre os mecanismos neurobiológicos envolvidos nas intervenções espirituais, nomeadamente sobre alterações na atividade simpática e parassimpática, no batimento cardíaco, na pressão sanguínea, no plasma sanguíneo e nos níveis de serotonina, que podem ser visualizadas através de técnicas de neuroimagem (Chiesa & Serretti, 2010; Davidson et al., 2003; Goleman & Davidson, 2017).

Uma vez que explorar crenças religiosas e espirituais pode ser útil no processo psicoterapêutico, os psicólogos devem estar confortáveis com sujeitos que levantam questões existenciais e espirituais, sendo então fundamental que se tenha em conta as experiências espirituais e religiosas, bem como o significado e a importância que cada paciente atribui às suas crenças religiosas (Ancona-Lopez, 1999; Duarte & Wanderley, 2011; Peres et al., 2007; Shaw et al., 2005). Portanto, havendo pontos de interceção e complementaridade entre aspetos psicológicos e espirituais da experiência humana, é bastante útil ao trabalho a valorização da dimensão espiritual do indivíduo, tornando assim o acompanhamento mais holístico e humanista.

As pessoas idosas utilizam a espiritualidade como recurso, especialmente quando na presença de doenças, estando aquela associada a maiores níveis de otimismo e esperança. Estes sentimentos auxiliam o trabalho do psicólogo, uma vez que a terapia irá depender da vontade do paciente em participar neste processo (Duarte & Wanderley, 2011). A religiosidade/espiritualidade pode também promover a recetividade e a procura de tratamentos de saúde (Koenig et al., 2001). Porém, há igualmente estudos na área da religiosidade que sublinham a ausência de associação entre a prática religiosa e a utilização dos serviços de saúde mental (Chen et al., 2007).

AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE

Estudar a espiritualidade tem sido, portanto, um desafio, existindo as mais variadas medidas de espiritualidade e de bem-estar espiritual. Contudo, apesar desta multiplicidade, nenhum instrumento de pesquisa é perfeito e vários autores se têm focado nas dificuldades envolvidas neste processo (Hill, 2005; Moberg, 2002; Slater, Hall, & Edwards, 2001). Parte importante desta questão começa pela complexidade conceptual que referimos anteriormente, não havendo nenhuma medida de espiritualidade amplamente aceite, em parte porque não há uma definição igualmente aceite (Koenig, George, & Titus, 2004). E, sendo a espiritualidade e o bem-estar espiritual conceitos multidimensionais, dificilmente se conseguirá estruturar um instrumento suficientemente abrangente destes constructos (Gouveia, 2011).

Partindo do pressuposto que os indicadores de espiritualidade devem idealmente ser comuns a todas as culturas, a maioria das pesquisas sobre o bem-estar espiritual utiliza os mesmos instrumentos juntos de culturas diferentes, nomeadamente com sociedades complexas e multiculturais. Porém, estas medidas de espiritualidade pretensamente universais são generalistas, oprimindo as minorias, uma vez que se baseiam em determinadas tradições dominantes numa cultura. Para além de não ser fácil a distinção entre os conceitos de espiritualidade e religiosidade, ainda que a dimensão espiritual seja reconhecida em todas as religiões, há diferenças significativas nas definições adotadas, nas características e nos indicadores de espiritualidade e bem-estar espiritual por cada religião monoteísta (Cristianismo, Islamismo e Judaísmo). Na verdade, estas religiões têm diferentes pontos de vista sobre as práticas, crenças e experiências da espiritualidade, sendo que cada grupo acredita que os seus critérios são os melhores, sendo um grande desafio identificar as variáveis que caracterizam a espiritualidade, inequivocamente

e de modo universal (Moberg, 2002; Wink & Dillon, 2002). A este propósito, o estudo longitudinal apresentado por Wink e Dillon (2002) sugere que o desenvolvimento espiritual não ocorre no vácuo, mas num determinado contexto social, cultural e histórico em que as pessoas vivem, sendo complexo e multifacetado. Tendo sido encontradas diferenças no desenvolvimento espiritual das coortes mais novos e mais velhos, fica então a ideia do desenvolvimento espiritual com um padrão paradoxal de crescimento que é contingente, mas também universal.

A acrescentar a isto, os indicadores usados para avaliar a espiritualidade acabam por refletir ou ser consequência da espiritualidade e não do fenómeno em si, existindo pouca clareza relativamente ao que se pretende avaliar concretamente. Nomeadamente, alguns instrumentos medem bem-estar espiritual pela perspetiva das pessoas (e.g., Gomez & Fisher, 2003), outros avaliam as práticas e crenças sobre o desenvolvimento da espiritualidade (Hall & Edwards, 1996), outros medem a frequência de comportamentos que visam o bem-estar espiritual (e.g., Vella-Brodrick & Allen, 1995), e ainda há instrumentos que medem a maturidade espiritual (e.g., Genia, 1997).

A espiritualidade é difícil de avaliar/medir não só por causa da falta de consenso sobre a sua definição, mas também porque a vivência da espiritualidade é íntima, privada e difícil de traduzir em palavras, englobando aspetos da experiência humana que transcendem as palavras, pelo que não é fácil captar todos os aspetos associados às experiências espirituais (Jernigan, 2001; Wink & Dillon, 2002).

Como exemplo de uma versão portuguesa de um instrumento de avaliação do bem-estar espiritual, refira-se a Escala de Bem-Estar Espiritual (*Spiritual Well-Being Questionnaire*, SWBQ; Gomez & Fisher, 2003) de Gouveia, Marques e Ribeiro (2009). Este instrumento é composto por quatro subescalas, com cinco itens cada, referentes a quatro domínios que compõem o bem-estar espiritual.

O domínio Pessoal inclui itens que expressam o modo como a pessoa se relaciona consigo, os seus valores e propósitos. O domínio Comunitário aborda a qualidade e profundidade das relações interpessoais. O domínio Ambiental refere-se à proteção e cuidado com o mundo físico e biológico. Por fim, o domínio Transcendental engloba as relações do eu com algo para além do nível humano (Gouveia, 2011). Mais recentemente foi elaborada outra versão deste instrumento, *Spiritual Health And Life Orientation Measure* (SHALOM) que, para além de avaliar os quatro domínios de espiritualidade enunciados, avalia igualmente a importância que o sujeito atribui a cada indicador, permitindo confrontar os resultados de cada sujeito com a sua própria representação do conceito (Fisher, 2007).

Portanto, tem sido demonstrada a grande pertinência de estudo da influência da religiosidade e da espiritualidade na saúde física e mental, ainda que seja necessário construir definições e medidas de avaliação mais robustas e menos ambíguas, com vista a assegurar o maior rigor de investigações futuras (Moberg, 2005).

CONCLUSÃO

Em síntese, existem diversas definições de religiosidade e espiritualidade que dificultam a operacionalização e o estudo destas dimensões, bem como o rigor e a possibilidade de comparação dos resultados das diferentes investigações. Dependendo a espiritualidade de variáveis culturais, sociais e históricas, o seu estudo é um grande desafio, colocando-se em causa a ambição de criar instrumentos fidedignos e universais que avaliem esta dimensão tão subjetiva da experiência humana. Não obstante, a maioria dos estudos referem que as pessoas que mais desenvolvem a sua religiosidade e espiritualidade têm melhores indicadores ao nível da saúde física e mental e da qualidade de vida em geral. Assim, a

religiosidade e a espiritualidade têm sido identificadas como recursos particularmente importantes no processo de envelhecimento, em função dos grandes desafios inerentes a esta fase do ciclo vital. Fica, então, reforçada a pertinência de formar psicólogos, mas também outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, ...), de modo a que seja possível lidar com as questões religiosas e espirituais, sempre que estas surjam, em benefício do indivíduo. Também é interessante verificar o crescimento das intervenções com base espiritual e religiosa, com demonstrada eficácia (e.g., orações, meditação, *mindfulness*, *yoga*), pelo que são bem-vindos profissionais que, quando à vontade com estas abordagens, possam recorrer a técnicas espirituais em contextos que delas possam beneficiar.

Referências bibliográficas

- Allen, R. S., Harris, G. M., Crowther, M. R., Oliver, J. S., Cavanaugh, R., & Phillips, L. L. (2012). Does religiousness and spirituality moderate the relations between physical and mental health among aging prisoners? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(9), 710-717. doi:10.1002/gps.3874
- Alminhana, L. O., & Moreira-Almeida, A. (2009). Personalidade e religiosidade/espiritualidade (R/E). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(4), 153-161. doi:10.1590/S0101-60832009000400005
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4.^a ed.). Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.^a ed.). Arlington, VA: Autor.
- Ancona-Lopez, M. (1999). Religião e psicologia clínica: quatro atitudes básicas. In M. Massimi & M. Mahfoud (Orgs.), *Diante do mistério: Psicologia e senso religioso* (pp. 71-86). São Paulo, Brasil: Loyola.
- Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61(4), 461-480. doi:10.1002/jclp.20049
- Atchley, R. C. (1997). Everyday mysticism: Spiritual development in later adulthood. *Journal of Adult Development*, 4(2), 123-134. doi:10.1007/bf02510085
- Azhar, M. Z., & Varma, S. L. (1995). Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63(3-4), 165-168. doi:10.1159/000288954

- Baldessin, A. (2002). O idoso: Viver e morrer com dignidade. In M. P. Netto (Ed.), *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 491-498). São Paulo, Brasil: Atheneu.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (1.^a ed., pp. 1-34). New York, NY: Cambridge University Press.
- Barreto, J. M. M. T. (1984). *Envelhecimento e saúde mental: Estudo de epidemiologia psiquiátrica no concelho de Matosinhos*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina - Universidade do Porto. Acedido a 11 de novembro de 2016, em <http://hdl.handle.net/10216/10278>
- Bekelman, D. B., Dy, S. M., Becker, D. M., Wittstein, I. S., Hendricks, D. E., Yamashita, T. E., & Gottlieb, S. H. (2007). Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *Journal of General Internal Medicine*, 22(4), 470-477. doi:10.1007/s11606-006-0044-9
- Berry, D. (2002). Does religious psychotherapy improve anxiety and depression in religious adults? A review of randomized controlled studies. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 8(1), 875-890. Acedido a 25 de novembro de 2016, em <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/PrintPDF.php?AccessionNumber=12003003016&Copyright=Database+of+Abstracts+of+Reviews+of+Effects+%28DARE%29%3Cbr+%2F%3EProduced+by+the+Centre+for+Reviews+and+Dissemination+%3Cbr+%2F%3ECopyright+%26copy%3B+2016+University+of+York%3Cbr+%2F%3E>
- Beuscher, L., & Grando, V. T. (2009). Using spirituality to cope with early-stage Alzheimer's disease. *Western Journal of Nursing Research*, 31(5), 583-598. doi:10.1177/0193945909332776
- Blay, S. L., Batista, A. D., Andreoli, S. B., & Gastal, F. L. (2008). The relationship between religiosity and tobacco, alcohol use, and depression in an elderly community population. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(11), 934-943. doi:10.1097/JGP.0b013e3181871392
- Boey, K. W. (2003). Religiosity and psychological well-being of older women in Hong Kong. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 8(2), 921-935.
- Bosworth, H. B., Park, K.-S., McQuoid, D. R., Hays, J. C., & Steffens, D. C. (2003). The impact of religious practice and religious coping on geriatric depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(10), 905-914. doi:10.1002/gps.945
- Brady, J. L., Guy, J. D., Poelstra, P. L., & Brokaw, B. F. (1999). Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: A national survey of women psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(4), 386-393. doi:10.1037/0735-7028.30.4.386
- Brown, J., Bowling, A., & Flynn, T. (2004). Models of quality of life: A taxonomy, overview and systematic review of literature. *Proceedings of European Forum on Population Ageing Research*. Sheffield, UK. Acedido a 25 de novembro de 2016, em <https://lemosandcrane.co.uk/resources/European%20Forum%20on%20Population%20Ageing%20Research%20-%20Models%20of%20Quality%20of%20Life.pdf>
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado* (1.^a ed.). Lisboa: Coisas de Ler.

- Carvalho, M. C. M., & Carvalho, G. A. (2008). Atividade física e qualidade de vida em mulheres idosas. *Revista Digital - Buenos Aires*, 13(122). Acedido a 25 de novembro de 2016, em http://repositorio.uch.br/jspui/bitstream/10869/366/1/Atividade%20f%C3%ADsica_qualidade%20de%20vida_mulheres.pdf
- Chatters, L. M. (2000). Religion and health: Public health research and practice. *Annual Review of Public Health*, 21(1), 335-367. doi:10.1146/annurev.publhealth.21.1.335
- Chen, H., Cheal, K., Herr, E. C. M., Zubritsky, C., & Levkoff, S. E. (2007). Religious participation as a predictor of mental health status and treatment outcomes in older persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(2), 144-153. doi:10.1002/gps.1704
- Chida, Y., Steptoe, A., & Powell, L. H. (2009). Religiosity/spirituality and mortality: A systematic quantitative review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 81-90. doi:10.1159/000190791
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine*, 40(8), 1239-1252. doi:10.1017/S0033291709991747
- Cole, B. S. (2005). Spiritually-focused psychotherapy for people diagnosed with cancer: A pilot outcome study. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(3), 217-226. doi:10.1080/13694670500138916
- Coleman, P. G. (2005). Spirituality and ageing: The health implications of religious belief and practice. *Age and Ageing*, 34(4), 318-319. doi:10.1093/ageing/afi121
- Contrada, R. J., Goyal, T. M., Cather, C., Rafalson, L., Idler, E. L., & Krause, T. J. (2004). Psychosocial factors in outcomes of heart surgery: The impact of religious involvement and depressive symptoms. *Health Psychology*, 23(3), 227-238. doi:10.1037/0278-6133.23.3.227
- Corsentino, E. A., Collins, N., Sachs-Ericsson, N., & Blazer, D. G. (2009). Religious attendance reduces cognitive decline among older women with high levels of depressive symptoms. *Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 64(12), 1283-1289. doi:10.1093/gerona/glp116
- Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A., Larimore, W. L., & Koenig, H. G. (2002). Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: Positive spirituality - the forgotten factor. *The Gerontologist*, 42(5), 613-620. doi:10.1093/geront/42.5.613
- Culliford, L. (2002). Spirituality and clinical care. *British Medical Journal*, 325(7378), 1434-1435. doi:10.1136/bmj.325.7378.1434
- Cupertino, A. P., & Novaes, C. (2004). Espiritualidade e envelhecimento saudável. In A. L. Saldanha & C. P. Caldas (Eds.), *Saúde e idoso: A arte de cuidar* (pp. 358-368). Rio de Janeiro, Brasil: Interciência.
- Dalby, P. (2006). Is there a process of spiritual change or development associated with ageing? A critical review of research. *Ageing & Mental Health*, 10(1), 4-12. doi:10.1080/13607860500307969
- Daley-Placide, R., & Coward, H. J. (2009). Prevention for older adults. In C. Arenson, J. Busby-Whitehead, K. Brummel-Smith, J. G. O'Brien, M. H. Palmer, & W. Reichel (Eds.), *Reichel's care of the elderly: Clinical aspects of aging* (6.^a ed., pp. 31-38). New York, NY: Cambridge University Press.

- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., ... Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570. doi:10.1097/01.psy.0000077505.67574.e3
- Donahue, M. J. (1985). Intrinsic and extrinsic religiousness: Review and meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(2), 400-419. doi:10.1037/0022-3514.48.2.400
- D'Souza, R. F., & Rodrigo, A. (2004). Spiritually augmented cognitive behavioural therapy. *Australasian Psychiatry*, 12(2), 148-152. doi:10.1080/j.1039-8562.2004.02095.x
- Duarte Silva, M. E. (2005). Saúde mental e idade avançada. Uma perspectiva abrangente. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (1.ª ed., pp. 137-156). Lisboa: Climepsi Editores.
- Duarte, F. M., & Wanderley, K. S. (2011). Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(1), 49-53. doi:10.1590/S0102-37722011000100007
- Ebrahimi, A., Neshatdoost, H. T., Mousavi, S. G., Asadollahi, G. A., & Nasiri, H. (2013). Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy, cognitive-behavioral therapy and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. *Advanced Biomedical Research*, 2(53), 1-7. doi:10.4103/2277-9175.114201
- Eliopoulos, C. (2005). *Enfermagem gerontológica* (5.ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Ellison, C. G., & Fan, D. (2008). Daily spiritual experiences and psychological well-being among US adults. *Social Indicators Research*, 88(2), 247-271. doi:10.1007/s11205-007-9187-2
- Ellison, C. G., & George, L. K. (1994). Religious involvement, social ties, and social support in a southeastern community. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 33(1), 46-61. doi:10.2307/1386636
- Emmons, R. A., & Paloutzian, R. F. (2003). The psychology of religion. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 377-402. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145024
- Erikson, E. (1972). *Identidade, juventude e crise* (1.ª ed., A. Cabral, Trad.). Rio de Janeiro, Brasil: Zahar Editores.
- Fernández-Mayoralas, G., Pérez, F. R., Flores, M. E. P., Salas, B. L., Martín, P. M., Forjaz, M. J., ... Izaguirre, C. G. (2007). *El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores*. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, 74. Acedido a 25 de novembro de 2016, em <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralas-significado-01.pdf>
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente* (1.ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fiori, K. L., Brown, E. E., Cortina, K. S., & Antonucci, T. C. (2006). Locus of control as a mediator of the relationship between religiosity and life satisfaction: Age, race, and gender differences. *Mental Health, Religion, & Culture*, 9(3), 239-263. doi:10.1080/13694670600615482
- Fisher, J. W. (2007). It's time to wake up and stem the decline in spiritual well-being in Victorian schools. *International Journal of Children's Spirituality*, 12(2), 165-177. doi:10.1080/13644360701467469

- Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (1.ª ed., pp. 281-311). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, J. (2010). *Hologramas da consciência: A espiritualidade, a psicologia e o transpessoal* (1.ª ed.). Lisboa: Edições ISPA.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento* (1.ª ed., J. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fung, A. W. T., & Lam, L. C. W. (2013). Spiritual activity is associated with better cognitive function in old age. *East Asian Archives of Psychiatry*, 23(3), 102-108.
- Genia, V. (1997). The spiritual experience index: Revision and reformulation. *Review of Religious Research*, 38(4), 344-361. doi:10.2307/3512195
- Glascock, A., & Branden, R. (1981, dezembro). *Transitions of being: death and dying in cross-cultural perspective*. Apresentado no 81st Annual Meeting of the American Anthropological Association, Los Angeles, CA.
- Goldstein, L. L. (2000). Desenvolvimento do adulto e religiosidade: Uma questão de fé. In A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida e idade madura* (pp. 83-108). Campinas, São Paulo: Papirus.
- Goldstein, L. L., & Neri, A. L. (2000). Tudo bem, graças a Deus: Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida e idade madura* (pp. 109-136). Campinas, São Paulo: Papirus.
- Goldstein, L. L., & Sommerhalder, C. (2002). Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In E. V. Freitas & L. Py (Eds.), *Tratado de geriatria e gerontologia* (1.ª ed., pp. 950-955). Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
- Goleman, D., & Davidson, R. (2017). *The science of meditation: How to change your brain, mind and body*. Londres: Penguin Life.
- Gomez, R., & Fisher, J. W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the spiritual well-being questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1975-1991. doi:10.1016/s0191-8869(03)00045-x
- Gouveia, M. J. P. M. (2011). *Flow disposicional e o bem-estar espiritual em praticantes de actividades físicas de inspiração oriental*. Tese de Doutoramento, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa. Acedido a 20 de junho de 2015, em <http://hdl.handle.net/10400.12/1226>
- Gouveia, M. J. P. M., Marques, M. M., & Ribeiro, J. L. P. (2009). Versão portuguesa do questionário de bem-estar espiritual (SWBQ): Análise confirmatória da sua estrutura fatorial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 285-293. Acedido a 23 de junho de 2015, em <http://hdl.handle.net/10400.12/1095>
- Guimarães, H. P., & Avezum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Supl. 1), 88-94. doi:10.1590/S0101-60832007000700012
- Gurney, A. G., & Rogers, S. A. (2007). Object-relations and spirituality: Revisiting a clinical dialogue. *Journal of Clinical Psychology*, 63(10), 961-977. doi:10.1002/jclp.20408
- Hackney, C. H., & Sanders, G. S. (2003). Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42(1), 43-55. doi:10.1111/1468-5906.t01-1-00160

- Hahn, C.-Y., Yang, M.-S., Yang, M.-J., Shih, C.-H., & Lo, H.-Y. (2004). Religious attendance and depressive symptoms among community dwelling elderly in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *19*(12), 1148-1154. doi:10.1002/gps.1204
- Hall, T. W., & Edwards, K. J. (1996). The initial development and factor analysis of the spiritual assessment inventory. *Journal of Psychology and Theology*, *24*(3), 233-246.
- Hay, D. (2002). The spirituality of adults in Britain - Recent research. *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy*, *5*(1), 4-9.
- Heintzman, P., & Mannell, R. C. (2003). Spiritual functions of leisure and spiritual well-being: Coping with time pressure. *Leisure Sciences*, *25*(2-3), 207-230. doi:10.1080/01490400306563
- Hill, P. C. (2005). Measurement in the psychology of religion and spirituality: Current status and evaluation. In R. F. Paloutzian & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 43-61). New York, NY: Guilford Press.
- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, *58*(1), 64-74. doi:10.1037/0003-066X.58.1.64
- Hodge, D. R. (2006). Spiritually modified cognitive therapy: A review of the literature. *Journal of Social Work*, *51*(2), 157-166. doi:10.1093/sw/51.2.157
- Hummer, R. A., Rogers, R. G., Nam, C. B., & Ellison, C. G. (1999). Religious involvement and U.S. adult mortality. *Demography*, *36*(2), 273-285. doi:10.2307/2648114
- Jackson, B. R., & Bergeman, C. S. (2011). How does religiosity enhance well-being? The role of perceived control. *Psychology of Religion and Spirituality*, *3*(2), 149-161. doi:10.1037/a0021597
- Jernigan, H. L. (2001). Spirituality in older adults: A cross-cultural and interfaith perspective. *Pastoral Psychology*, *49*(6), 413-437. doi:10.1023/a:1010349501085
- Jung, C. G. (2008). *O homem e seus símbolos* (2.^a ed. especial). Rio de Janeiro, Brasil: Nova Fronteira (Trabalho original em inglês publicado em 1964).
- Koenig, H. G. (2000). Religion and medicine I: Historical background and reasons for separation. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *30*(4), 385-398. doi:10.2190/2RWB-3AE1-M1E5-TVHK
- Koenig, H. G. (2001). *The healing power of faith*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Koenig, H. G. (2002). An 83-year-old woman with chronic illness and strong religion beliefs. *Journal of the American Medical Association*, *288*(4), 487-493. doi:10.1001/jama.288.4.487
- Koenig, H. G. (2007). Religion and depression in older medical inpatients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *15*(4), 282-291. doi:10.1097/01.JGP.0000246875.93674.0c
- Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *International Scholarly Research Network Psychiatry*, *2012*, 1-33. doi:10.5402/2012/2788730
- Koenig, H. G., Cohen, H. J., George, L. K., Hays, J. C., Larson, D. B., & Blazer, D. G. (1997). Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological parameters of immune function in older adults. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *27*(3), 233-250. doi:10.2190/40NF-Q9Y2-0GG7-4WH6

- Koenig, H. G., George, L. K., & Titus, P. (2004). Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(4), 554-562. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52161.x
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health: A century of research reviewed*. New York, NY: Oxford University Press.
- Konopack, J. F., & McAuley, E. (2012). Efficacy-mediated effects of spirituality and physical activity on quality of life: A path analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 57-62. doi:10.1186/1477-7525-10-57
- Kovács, M. J. (2007). Espiritualidade e psicologia - Cuidados compartilhados. *O Mundo da Saúde*, 31(2), 246-255. Acedido a 24 de novembro de 2016, em http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/53/12_Espiritualidade.pdf
- Lavretsky, H. (2010). Spirituality and aging. *Aging Health*, 6(6), 749-769. doi:10.2217/ahe.10.70
- Levin, J. S. (1994). Religion and health: Is there an association, is it valid, and is it causal? *Social Science & Medicine*, 38(11), 1475-1482. doi:10.1016/0277-9536(94)90109-0
- Levin, J. S. (1996). How religion influences morbidity and health: Reflections on natural history, salutogenesis and host resistance. *Social Science & Medicine*, 43(5), 849-864. doi:10.1016/0277-9536(96)00150-5
- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s)* (1.ª ed.). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. doi:10.14195/978-989-26-0355-1
- Lomax, J. W., Karff, R. S., & McKenny, G. P. (2002). Ethical considerations in the integration of religion and psychotherapy: Three perspectives. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(3), 547-559. doi:10.1016/S0193-953X(01)00015-6
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., ... Krause, E. D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well-mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12. doi:10.1093/clipsy.9.1.2
- Lucchetti, G., Koenig, H. G., Pinsky, I., Laranjeira, R., & Vallada, H. (2015). Spirituality or religiosity: Is there any difference? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37(1), 83-84. doi:10.1590/1516-4446-2014-3610
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., Bassi, R. M., Nasri, F., & Nacif, S. A. P. (2011). O idoso e sua espiritualidade: Impacto sobre diferentes aspectos do envelhecimento. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(1), 159-167. doi:10.1590/S1809-98232011000100016
- Lukoff, D., Lu, F. G., & Turner, R. (1995). Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems. *Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 467-485.
- Manning, L. K. (2012). Spirituality as a lived experience: Exploring the essence of spirituality for women in late life. *The International Journal of Aging and Human Development*, 75(2), 95-113. doi:10.2190/AG.75.2.a
- 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. doi:10.1177/1049732312471730
- Manning, L. K., Leek, J. A., & Radina, M. E. (2012). Making sense of extreme longevity: Explorations into the spiritual lives of centenarians. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 24(4), 345-359. doi:10.1080/15528030.2012.706737

- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Martínez-Martí, M. L. (2006). El estudio científico de las fortalezas transcendentales desde la psicología positiva. *Clínica y Salud*, 17(3), 245-258. Acedido a 11 de novembro de 2016, em http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742006003300003
- Martins, R., Rosado, F., Cunha, M. R., Martins, M., & Teixeira, A. M. (2008). Exercício físico, IgA salivar e estados emocionais da pessoa idosa. *Motricidade*, 4(1), 5-11. Acedido a 10 de novembro de 2015, em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2008000100002
- Maton, K. I., & Wells, E. A. (1995). Religion as a community resource for well-being: Prevention, healing, and empowerment pathways. *Journal of Social Issues*, 51(2), 177-193. doi:10.1111/j.1540-4560.1995.tb01330.x
- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19(3), 211-222. doi:10.1037/0278-6133.19.3.211
- Medeiros, P. (2012). Como estaremos na velhice? Reflexões sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polêmica*, 11(3), 439-453. Acedido a 25 de novembro de 2015, em <http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/polemica/article/view/3734>
- Miovic, M., McCarthy, M., Badaracco, M. A., Greenberg, W., Fitzmaurice, G. M., & Peteet, J. R. (2006). Domains of discussion in psychotherapy: What do patients really want? *American Journal of Psychotherapy*, 60(1), 71-86.
- Moberg, D. O. (2002). Assessing and measuring spirituality: Confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. *Journal of Adult Development*, 9(1), 47-60. doi:10.1023/a:1013877201375
- Moberg, D. O. (2005). Research in spirituality, religion, and aging. *Journal of Gerontological Social Work*, 45(1-2), 11-40. doi:10.1300/J083v45n01_02
- Moberg, D. O., & Brusek, P. M. (1978). Spiritual well-being: A neglected subject in quality of life research. *Social Indicators Research*, 5(1-4), 303-323. doi:10.1007/bf00352936
- Mónico, L. S. M. (2012). Religiosity and optimism in ill and healthy elderly. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 59-70. Acedido a 9 de novembro de 2016, em <http://hdl.handle.net/10662/4277>
- Mónico, L. S. M. (2013). Religiosity and optimism among Portuguese citizens: The effect of religious identity and the mediation by life satisfaction. *Journal of Psychology and Social Behavior Research*, 1(4), 105-115. doi:10.12966/psbr.10.03.2013
- Moreira-Almeida, A., Neto, F. L., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: A review. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28(3), 242-250. doi:10.1590/S1516-44462006005000006
- Mueller, P. S., Plevak, D. J., & Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings*, 76(12), 1225-1235. doi:10.4065/76.12.1225
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55(1), 56-67. doi:10.1037/0003-066X.55.1.56

- Neves, M., Garcia, I. Q., Espírito-Santo, H., & Lemos, L. (2018). Validação da versão portuguesa de Spiritual Well-Being Questionnaire em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 4(1), 34-42. doi:10.31211/rpics.2018.4.1.70
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Supl. 1), 105-115. doi:10.1590/S0101-60832007000700014
- Pargament, K. I., & Abu Raiya, H. (2007). A decade of research on the psychology of religion and coping: Things we assumed and lessons we learned. *Psyke & Logos*, 28(2), 742-766.
- Pargament, K. I., & Park, C. L. (1997). In times of stress: The religion-coping connection. In B. Spilka & D. N. McIntosh (Eds.), *The psychology of religion: Theoretical approaches* (pp. 43-53). Boulder, CO: Westview Press.
- Pargament, K. I., Ensing, D. S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., Van Haitsma, K., & Warren, R. (1990). God help me: (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, 18(6), 793-824. doi:10.1007/bf00938065
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37(4), 710-724. doi:10.2307/1388152
- Parker, M., Lee Roff, L., Klemmack, D. L., Koenig, H. G., Baker, P., & Allman, R. M. (2003). Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health*, 7(5), 390-397. doi:10.1080/1360786031000150667
- Parkes, C. M., Laungani, P., & Young, B. (2003). Cultura e religião. In C. M. Parkes, P. Laungani, & B. Young (Eds.), *Morte e luto através das culturas* (1.ª ed., pp. 23-37). Lisboa: Climepsi Editores.
- Payman, V., George, K., & Ryburn, B. (2008). Religiosity of depressed elderly inpatients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(1), 16-21. doi:10.1002/gps.1827
- Peres, J. F. P., Simão, M. J. P., & Nasello, A. G. (2007). Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 136-145. doi:10.1590/S0101-60832007000700017
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, 21(2), 47-53. Acedido a 25 de novembro de 2016, em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132007000200002
- Pinto, C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2010). Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: Implicações na qualidade de vida. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), 49-56. Acedido a 10 de novembro de 2016, <http://hdl.handle.net/10400.12/1523>
- Poor, H. J., Borgi, M., Borgi, M., & Moslemi, A. (2016). The relationship between spiritual well-being and quality of life and optimism on the staff of Arak University of Medical Sciences. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 3(2), 8-15.
- Powell, L. H., Shahabi, L., & Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American Psychologist*, 58(1), 36-52. doi:10.1037/0003-066X.58.1.36

- Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., & Mashburn, D. (1992). Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(1), 94-103. doi:10.1037/0022-006x.60.1.94
- Rajaei, A. R. (2010). Religious cognitive-emotional therapy: A new form of psychotherapy. *Iranian Journal of Psychiatry, 5*(3), 81-87. Acedido a 26 de novembro de 2016, em <http://ijps.tums.ac.ir/index.php/ijps/article/view/368>
- Ramos, M. (2005). *Crescer em stresse: Usar o stresse para envelhecer com sucesso*. Porto: Ambar.
- Razali, S. M., Hasanah, C. I., Aminah, K., & Subramaniam, M. (1998). Religious-sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 32*(6), 867-872. doi:10.3109/00048679809073877
- Renz, M., Schütt Mao, M., & Cerny, T. (2005). Spirituality, psychotherapy and music in palliative cancer care: Research projects in psycho-oncology at an oncology center in Switzerland. *Supportive Care in Cancer, 13*(12), 961-966. doi:10.1007/s00520-005-0873-9
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York, NY: Panthenon Books.
- Rowe, M. M., & Allen, R. G. (2004). Spirituality as a means of coping with chronic illness. *American Journal of Health Studies, 19*(1), 62-67.
- Santos, P. (2002). *A depressão no idoso* (2.^a ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Sawatzky, R. (2002). *A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life*. Dissertação de Mestrado, Faculty of Nursing - University of British Columbia, Canada. Acedido em 25 de novembro de 2016, em <http://hdl.handle.net/2429/13429>
- Schwarz, L., & Cottrell, R. P. F. (2007). The value of spirituality as perceived by elders in long-term care. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, 26*(1), 43-62. doi:10.1080/j148v26n01_04
- Seifert, L. S. (2002). Toward a psychology of religion, spirituality, meaning-search, and aging: Past research and a practical application. *Journal of Adult Development, 9*(1), 61-70. doi:10.1023/a:1013829318213
- Seligman, M. E. P. (2004). Can happiness be taught? *Daedalus, 133*(2), 80-87. doi:10.1162/001152604323049424
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14. doi:10.1037/0003-066x.55.1.5
- Seybold, K. S., & Hill, P. C. (2001). The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science, 10*(1), 21-24. doi:10.1111/1467-8721.00106
- Sharma, P., Charak, R., & Sharma, V. (2009). Contemporary perspectives on spirituality and mental health. *Indian Journal of Psychological Medicine, 31*(1), 16-23. doi:10.4103/0253-7176.53310
- Shaw, A., Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Religion, spirituality, and posttraumatic growth: A systematic review. *Mental Health, Religion & Culture, 8*(1), 1-11. doi:10.1080/1367467032000157981
- Silva, A. I., & Alves, V. P. (2007). Envelhecimento: Resiliência e espiritualidade. – História de vida de idosos: Superar as adversidades sem perder o senso de integridade. *Diálogos Possíveis, 6*(1), 189-209.

- Slater, W., Hall, T. W., & Edwards, K. J. (2001). Measuring religion and spirituality: Where are we and where are we going? *Journal of Psychology and Theology, 29*(1), 4-21.
- Sparr, L. F., & Fergusson, J. F. (2000). Moral and spiritual issues following traumatization. In J. K. Boehnlein (Ed.), *Psychiatry and religion: The convergence of mind and spirit* (pp. 109-123). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Sperry, L., & Sharfranske, E. (2004). *Spiritually oriented psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Stokes, K. (1991). Faith development in the adult life cycle. *Journal of Religious Gerontology, 7*(1-2), 167-184. doi:10.1300/J078V07N01_13
- Stolzenberg, R. M., Blair-Loy, M., & Waite, L. J. (1995). Religious participation in early adulthood: Age and family life cycle effects on church membership. *American Sociological Review, 60*(1), 84-103. doi:10.2307/2096347
- Taghiabadi, M., Kavosi, A., Mirhafez, S. R., Keshvari, M., & Mehrabi, T. (2017). The association between death anxiety with spiritual experiences and life satisfaction in elderly people. *Electronic Physician, 9*(3), 3980-3985. doi:10.19082/3980
- Tan, S.-Y. (1996). Religion in clinical practice: Implicit and explicit integration. In E. P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 365-387). Washington, DC: American Psychological Association.
- Tavares, J. (2001). A resiliência na sociedade emergente. In J. Tavares (Org.), *Resiliência e educação* (pp. 43-75). São Paulo, Brasil: Cortez.
- Toussaint, L. L., Marschall, J. C., & Williams, D. R. (2012). Prospective associations between religiousness/spirituality and depression and mediating effects of forgiveness in a nationally representative sample of United States adults. *Depression Research and Treatment, 2012*, 1-10. doi:10.1155/2012/267820
- Vahia, I. V., Depp, C. A., Palmer, B. W., Fellows, I., Golshan, S., Thompson, W., ... Jeste, D. V. (2011). Correlates of spirituality in older women. *Aging & Mental Health, 15*(1), 97-102. doi:10.1080/13607863.2010.501069
- Vaillant, G., Templeton, J., Ardel, M., & Meyer, S. E. (2008). The natural history of male mental health: Health and religious involvement. *Social Science & Medicine, 66*(2), 221-231. doi:10.1016/j.socscimed.2007.09.011
- Van Ness, P. H., & Larson, D. B. (2002). Religion, senescence, and mental health: The end of life is not the end of hope. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 10*(4), 386-397. doi:10.1097/00019442-200207000-00005
- Van Ness, P. H., Towle, V. R., O'Leary, J. R., & Fried, T. R. (2008). Religion, risk, and medical decision making at the end of life. *Journal of Aging and Health, 20*(5), 545-559. doi:10.1177/0898264308317538
- Velasco-Gonzalez, L., & Rioux, L. (2014). The spiritual well-being of elderly people: A study of a French sample. *Journal of Religion and Health, 53*(4), 1123-1137. doi:10.1007/s10943-013-9710-5
- Vella-Brodrick, D. A., & Allen, F. C. L. (1995). Development and psychometric validation of the mental, physical, and spiritual well-being scale. *Psychological Reports, 77*(2), 659-674. doi:10.2466/pr0.1995.77.2.659
- Vitz, P. C. (1994). *Psychology as religion: The cult of self-worship* (2.^a ed.). Grand Rapids, MI: William B. Eerdmans Publishing Company.

- Wein, S. (2014). Spirituality - The psyche or the soul? *Palliative and supportive care*, 12(2), 91-94. doi:10.1017/s1478951514000303
- Whitehead, B. R., & Bergeman, C. S. (2011). Coping with daily stress: Differential role of spiritual experience on daily positive and negative affect. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social*, 67(4), 456-459. doi:10.1093/geronb/gbr136
- Wink, P., & Dillon, M. (2002). Spiritual development across the adult life course: Findings from a longitudinal study. *Journal of Adult Development*, 9(1), 79-94. doi:10.1023/a:1013833419122
- World Health Organization. (1998). *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)*. Report on WHO consultation, Division of Mental Health and Prevention of substance abuse. Geneva, Switzerland: Autor.
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Madrid, Spain: Autor.
- Yamada, Y., Siersma, V., Avlund, K., & Vass, M. (2012). Formal home help services and institutionalization. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(2), 52-56. doi:10.1016/j.archger.2011.05.023
- Yunes, M. A. M. (2001). *A questão triplamente controversa da resiliência em famílias de baixa renda*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil. Acedido a 19 de novembro de 2016, em <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/16345>
- Yunes, M. A. M., & Szymanski, H. (2001). Resiliência: Noção, conceitos afins e considerações críticas. In J. Tavares (Org.), *Resiliência e educação* (pp. 13-42). São Paulo, Brasil: Cortez.
- Zinnbauer, B. J., & Pargament, I. K. (2002). Capturing the meanings of religiousness and spirituality: One way down from a definitional Tower of Babel. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 13, 23-54.