

Relação entre a inteligência espiritual e a saúde mental e física em idosos

Association between spiritual intelligence and mental and physical health in elderly

Artigo Original | Original Article

Andreia Pereira, Psy M (1a) Mariana Marques, PhD (1b) Sónia Simões, PhD (1c) Marina Cunha, PhD (1c)

(1) Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.

(a) Recolheu e inseriu os dados para análise estatística e deu o maior contributo para a elaboração do trabalho.

(b) Deu o maior contributo, logo a seguir ao primeiro autor, para a elaboração do trabalho; conduziu a maioria das análises estatísticas; reviu o trabalho.

(c) Contribuiu significativamente para a revisão do trabalho

Autor para correspondência | Corresponding author: Andreia Vanessa Domingues Pereira; andreiadomingues5326@gmail.com

RESUMO

Palavras-Chave

Bem-estar psicológico
Idosos
Inteligência espiritual
Saúde mental e física
Depressão
Ansiedade

Objetivos: Analisar os níveis de inteligência espiritual, bem-estar psicológico, sintomas depressivos e ansiosos, saúde mental e física em idosos que frequentam instituições em Lar ou Centro de Dia e explorar as associações existentes entre todas estas variáveis (e com algumas variáveis sociodemográficas).

Método: Neste estudo não-experimental, foram aplicados, em formato de entrevista individual, a Escala de Inteligência Espiritual Integrada, o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (para avaliar saúde física e mental), a Escala de Ânimo (avalia bem-estar psicológico), a Escala de Depressão Geriátrica e o Inventário de Ansiedade Geriátrica, a 65 idosos (idade, $M = 83,46$; $DP = 6,65$; sexo feminino, $n = 46$; $70,8\%$).

Resultados: A maioria dos idosos percecionou a sua saúde física (80%) e mental (84%) como insatisfatória. Uma percentagem importante apresentou sintomas depressivos (56,9%) e ansiosos (64,6%). A pontuação total de inteligência espiritual correlacionou-se positivamente com as *atitudes face ao envelhecimento* e negativamente com a pontuação total de sintomas depressivos. No que respeita às dimensões da inteligência espiritual, a *consciência* associou-se positivamente com as *atitudes face ao envelhecimento* (bem-estar psicológico) e negativamente com os sintomas depressivos. O *significado* associou-se negativamente com a pontuação total do bem-estar psicológico e suas dimensões *solidão/insatisfação* e *agitação*. A *graça* associou-se positivamente com a pontuação total do bem-estar psicológico e com a sua dimensão *atitudes face ao envelhecimento* e negativamente com os sintomas depressivos e ansiosos. Por fim, refira-se que idosos a residir em Lar apresentaram valores inferiores de *graça* e superiores de *significado* (inteligência espiritual), bem como de sintomas depressivos e ansiosos.

Conclusões: Mostrou-se preocupante a prevalência de saúde física e mental insatisfatória, de depressão e ansiedade. Níveis maiores totais e em algumas dimensões de inteligência espiritual associaram-se a níveis menores de sintomas depressivos e ansiosos e níveis maiores de bem-estar psicológico. Estes dados parecem apontar para a eventual importância de promover a inteligência espiritual junto de idosos institucionalizados.

ABSTRACT

Keywords

Psychological well-being
Elderly/aged citizens
Spiritual intelligence
Physical and mental health
Depression
Anxiety

Aims: To analyze the levels of spiritual intelligence, psychological well-being, depressive and anxious symptoms, and mental and physical health in elderly attending nursing homes or social centers and explore associations between all these variables (and with some sociodemographic variables).

Method: In this non-experimental study, the Integrated Spiritual Intelligence Scale, the Older Americans Resources and Services (to evaluate physical and mental health), the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (evaluates psychological well-being), the Geriatric Depression Scale and the Geriatric Anxiety Inventory were applied, in an interview format, to 65 aged citizens (age, $M = 83.46$; $SD = 6.65$; female, $n = 46$; 70.8%).

Results: Most elders perceived their physical health (80.0%) and mental health (84.0%) as unsatisfactory. An important percentage presented depressive (56.9%) and anxiety symptoms (64.6%). The total score of spiritual intelligence was positively correlated with *attitudes towards aging* and negatively with the total score of depressive symptoms. *Conscience* (spiritual intelligence) was positively associated with *attitudes towards aging* (psychological well-being) and negatively with depressive symptoms. *Meaning* (spiritual intelligence) was positively associated with the total score of psychological well-being and its dimensions, *solitude/dissatisfaction*, and *agitation*, and negatively with depressive and anxious symptoms. *Grace* was positively associated with the total score of psychological well-being and its dimension *attitudes towards aging* and negatively with depressive and anxiety symptoms. Finally, aged citizens living in nursing homes showed lower values of *grace* and higher values of *meaning* (spiritual intelligence), depressive and anxious symptoms.

Conclusions: It is of concern the prevalence of unsatisfactory physical and mental health, depression and anxiety. Higher total levels (and in some of the dimensions) of spiritual intelligence were associated with lower levels of depressive and anxious symptoms and higher levels of psychological well-being. These data seem to point to the eventual importance of promoting spiritual intelligence in institutionalized elderly.

Recebido | Received: 04/09/2015

Revisto | Reviewed: 12/01/2016

Aceite | Accepted: 15/02/2016

RPICS

INTRODUÇÃO

Existem várias concepções de inteligência espiritual (IE) mas a maioria inclui a capacidade de transcendência que permite o aprofundamento do conhecimento de si próprio relativamente ao mundo imaterial (e.g., Vaughan, 2002). Indivíduos espiritualmente inteligentes apresentam capacidade para a transcendência, para entrar em estados espirituais superiores de consciência, para investir nas atividades diárias/relações com uma sensação do sagrado, para utilizar recursos espirituais para resolver problemas e para adotar um comportamento virtuoso (Emmons, 2000). Ainda segundo Emmons (2000), “enquanto propriedade dinâmica das pessoas, a inteligência espiritual fornece contexto interpretativo para negociar as demandas da vida diária” (p. 20).

Já segundo Hosseini, Elias, Krauss e Alshah (2010), esta inteligência:

Permite alcançar mais profundamente... o potencial de quem temos que ser,... a desenvolver os nossos egos imediatos... [e] ... proporciona a oportunidade de viver uma vida com um nível mais profundo de significado. [Ajuda, ainda, a] ligar com os problemas da vida e da morte, os problemas do bem e do mal, assim como as raízes principais de sofrimento humano e em alturas de desespero (p. 181).

De acordo com Stead e Stead (2014), esta inteligência é a usada para resolver problemas relacionados com o valor e significado e permite transportar o comportamento e vida humanos para um contexto mais alargado de significado, para além de incluir a capacidade de transcendência e de integrar dois outros tipos de quocientes: o da inteligência e o emocional. Segundo King (2008, cit. in King e DeCicco, 2009, p. 69) a mesma diz respeito a um...

Conjunto de capacidades mentais que contribuem para a consciência, integração e aplicação adaptativa dos aspetos não materiais e transcendentais da existência de um indivíduo, levando a tais resultados com uma reflexão existencial profunda, aumento de significado, reconhecimento de um *self* transcendente e domínio de estados espirituais.

As competências espirituais podem ser adquiridas e desenvolvidas, havendo evidência do seu surgimento na infância e da tendência para atingir o seu expoente máximo na velhice (Emmons, 2000; King e DeCicco, 2009). Adicionalmente, podem existir diferenças no grau de desenvolvimento das características típicas da IE entre indivíduos (Vaughan, 2002) e esta não é estável ao longo do tempo, podendo haver períodos em que aumenta

exponencialmente ou podendo ser usada apenas parte do total de IE de que a pessoa dispõe (Ronel, 2008).

Apesar de não existirem muitas investigações que tenham estudado a IE em idosos e a sua associação com variáveis sociodemográficas, apresentamos alguns dos dados existentes. Saad, Hatta e Mohamad (2010) verificaram que os idosos apresentavam maior IE e saúde geral do que as idosas. Já Jorge (2012), na validação da versão portuguesa da Escala de Inteligência Espiritual Integrada (EIEI), com sujeitos entre os 14 e os 81 anos, apurou maior IE (total), *coping religioso* e *espiritual e missão* (subescalas), em mulheres. A IE aumentou, ainda, com a idade (mais elevada entre os 41-81 anos). Kaheni, Heidar-Fard e Nasiri (2013) verificaram que idosos com mais de 70 anos e casados apresentavam maior IE. Por seu lado, Jain e Purohit (2006) não encontraram diferenças por sexo, nem associação entre IE e modalidade institucional. Igualmente Wink e Dillon (2002) relatam a presença de diferenças entre homens e mulheres na espiritualidade, com as mulheres a aumentarem mais a sua espiritualidade no segundo período da vida adulta, comparativamente aos homens.

Também não existem muitos estudos que explorem, em idosos, a associação entre a IE e correlatos físicos e psicológicos como a saúde física e mental, depressão, ansiedade e bem-estar psicológico, bem como o seu impacto nos mesmos. Jorge (2012) constatou que uma pior saúde geral associou-se a maior *coping religioso* e *espiritual* e menor *graça*, dimensões de IE. Numa amostra de estudantes universitários, Heravi-Karimooi, Rejeh e Nia (2014) verificaram uma associação positiva entre IE e saúde física. Quanto à saúde mental, alguns estudos (e.g., Heravi-Karimooi et al., 2014) sugerem que uma maior IE traduz maior saúde mental. Porém, o estudo de Ghasemi-Pirbalouti, Ahmadi, Alavi-Eshgftaki e Alavi-Eshgftaki (2014), com funcionários de uma empresa, não encontrou associações entre a IE e saúde mental. Subramaniam e Panchanatham (2014) num estudo com diretores executivos verificaram uma relação positiva entre a IE e o bem-estar geral. Apesar do resultado desta última investigação, no geral, as pessoas intrinsecamente espirituais têm uma autoestima mais elevada, uma maior perceção de competência e conexão com os outros, um melhor funcionamento da personalidade e evidenciam menos sintomas de depressão e ansiedade (Fung e Lam, 2013; Lavretski, 2010; Lucchetti, Lucchetti, Bassi, Nasri e Nacif, 2011; Koenig, 2006). Koszycki, Raab, Aldosary e Bradwejn (2010) aplicaram, a adultos com perturbação de ansiedade generalizada, um programa de intervenção baseado na espiritualidade (uma sessão promovia a IE), verificando a redução dos sintomas de ansiedade e

depressão. Charkhabi, Mortazavi, Alimohammadi e Hayati (2014), aplicando um programa de promoção e desenvolvimento da IE a estudantes (idade média de 14 anos), verificaram remissão dos sintomas de ansiedade. Para além destes estudos que não contemplaram idosos, a literatura também refere que uma maior vivência de espiritualidade contribui para um maior bem-estar psicológico, que se traduz em níveis mais baixos de ansiedade, stresse, afetos negativos, solidão, desespero e pensamentos suicidas em idosos (Chen et al., 2007; Duarte e Wanderley, 2011; Lavretsky, 2010; Lucchetti et al., 2011; Van Ness, Towle, O'Leary e Fried, 2008; Whitehead e Bergeman, 2011). Importa referir o estudo recente de Ibrahim (2014), com idosos, que concluiu que a IE associada ao suporte social percebido, autoestima e desejabilidade social influenciavam o (não) aparecimento de depressão. Assim, as crenças espirituais positivas podem ajudar na redução do stresse e a melhorar a sensação de controlo do indivíduo idoso, aumentando o seu bem-estar e qualidade de vida (Crowther et al., 2000).

Atendendo aos estudos internacionais que apontam para a importância e impacto da inteligência espiritual em diferentes correlatos psicológicos e físicos, nomeadamente em idosos, e a escassez de estudos no nosso país sobre a inteligência espiritual em idosos, são nossos objetivos: 1) descrever os níveis de IE numa amostra de idosos frequentando Lar e Centro Social, bem como os níveis de alguns correlatos psicológicos e físicos na mesma amostra: bem-estar psicológico, sintomas de depressão e ansiedade, saúde mental e física; 2) identificar associações da IE com as variáveis imediatamente acima referidas e com algumas variáveis sociodemográficas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Participantes

A amostra foi não probabilística por conveniência. Como critério de inclusão os idosos tinham de frequentar os Lares e o Centro Social que autorizaram a realização do estudo e os critérios de exclusão implicaram falhas graves na comunicação e défice cognitivo (avaliado com o *Short Portable Mental Status Questionnaire/SPMSQ* do Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos/QAFMI). Assim, não foi possível avaliar todos os idosos das instituições, dadas as referidas falhas de comunicação e a presença de défice cognitivo em alguns idosos. Eliminaram-se os idosos que erraram quatro ou mais questões visto que, nestes casos, o QAFMI deve ser aplicado a um informante (Rodrigues, 2008). A maioria dos 65 participantes deste estudo era, então, do sexo feminino ($n = 46$; 70,8%) (idade média = 83,46 anos; $DP = 6,65$), viúvo/a ($n = 48$; 73,8%), sabia ler e escrever, mesmo não tendo escolaridade oficial ($n = 31$; 47,7%), encontrava-

se em Lar ($n = 33$; 50,8%) e estava há menos de cinco anos ($n = 48$; 73,8%) nas instituições (Tabela 1).

Tabela 1
 Caracterização Sociodemográfica

	M (DP)	Intervalo
Idade	83,46 (6,65)	65-98
	n	%
Sexo		
Feminino	46	70,8
Masculino	19	29,2
Total	65	100
Estado Civil		
Solteiro/a	3	4,6
Casado/a	12	18,5
Divorciado/a	2	3,1
Viúvo/a	48	73,8
Total	65	100
Escolaridade		
Não sabe ler, nem escrever	25	38,5
Sabe ler e escrever ^a	31	47,7
1º Ciclo do ensino básico	8	12,3
Ensino Secundário	1	1,5
Total	65	100
Escolaridade categorizada		
Não sabe ler, nem escrever	25	38,5
Sabe ler e escrever ^b	40	61,5
Total	65	100
Instituição frequentada		
Lar	33	50,8
Centro Social	32	49,2
Total	65	100
Tempo na instituição		
Até 5 anos	48	73,8
Seis a 10 anos	11	16,9
Mais de 10 anos	6	9,2
Total	65	100

Notas: n = Frequência; M = Média; DP = Desvio-padrão; % = Percentagem.

Procedimentos

Após a definição do protocolo de investigação deste estudo não experimental, reuniu-se com o autor do Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos para discutir a hipótese de apenas aplicar duas das suas cinco subescalas e a respetiva cotação. Em seguida, solicitou-se a autorização para recolha dos dados num Lar e num Centro Social do concelho de Pombal e num Lar do concelho da Figueira da Foz. Após a sua aprovação, sem necessidade de obtenção de um parecer de uma Comissão de Ética, iniciou-se a recolha dos dados, que decorreu entre fevereiro e maio de 2015. Foram explicados os objetivos do estudo e solicitado o consentimento informado por parte dos participantes, que colaboraram no estudo gratuitamente.

Os instrumentos foram aplicados em formato de entrevista, individualmente, dada a baixa escolaridade dos participantes.

Dado a extensão do protocolo, dividiu-se a aplicação em três momentos. Refira-se que não houve ausência de

respostas a nenhum item, uma vez que o protocolo foi aplicado em formato de entrevista.

Instrumentos

Escala de Inteligência Espiritual Integrada/Integrated Spiritual Intelligence Scale (EIEI/ISIS, Jorge, 2012; Amram e Dryer, 2008). A EIEI avalia a capacidade de interrogação sobre o sentido da vida, de se relacionar com o outro, o mundo e com uma consciência superior, de se relacionar consigo mesmo e com os problemas que surgem. Possui 32 questões respondidas numa escala de Likert entre 1 (nunca ou quase nunca) a 6 (sempre ou quase sempre) e divididas em cinco subescalas: 1) *coping religioso e espiritual* (capacidade de transcendência e uso de recursos espirituais para enfrentar os desafios/problemas/tarefas); 2) *consciência* (capacidade de experienciar uma consciência ampla, transcendente e pacífica, conferindo intuição e criatividade, expandindo o autoconhecimento e a consciência dos outros); 3) *graça* (autoaceitação, otimismo, reconhecimento da beleza e harmonia relativos ao outro, natureza e eventos quotidianos); 4) *significado* (reação à frustração e transcendência do ego, dando um sentido aos acontecimentos e experiências de vida que irão resultar num melhor funcionamento e bem-estar mais elevado) 5) *missão* (capacidade para entender o trabalho/profissão como um meio para servir um propósito maior) (Jorge, 2012).

A EIEI obteve bons valores de consistência interna (α /escala total = 0,92; fator I = 0,89; fator II = 0,86; fator III = 0,82; fator IV = 0,67; fator V = 0,81) e a estabilidade temporal foi elevada ($r = 0,77$) (Jorge, 2012).

Neste estudo, o alfa da escala total foi ligeiramente abaixo do aceitável (0,64), o alfa do fator *graça* foi bom (0,72) e os outros fatores situaram-se abaixo do aceitável (*coping religioso e espiritual* = 0,57; *consciência* = 0,63; *significado* = 0,52) (DeVellis, 1991). Porém, apenas o alfa da *missão* foi realmente inaceitável (0,22), visto poder considerar-se um alfa de 0,50 suficiente, em estudos exploratórios (Nunnally, 1967, cit. in Bean, 1980), como sucede com o nosso.

Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos/Older Americans Resources and Services (QAFMI/OARS; Rodrigues, 2008; Fillenbaum, 1988). O QAFMI avalia várias dimensões da funcionalidade no idoso, possui duas partes e é aplicado em formato de entrevista (Rodrigues, 2008). A parte A permite a avaliação funcional multidimensional do idoso, a partir das subescalas recursos sociais, recursos económicos, saúde mental, saúde física e atividades de vida diária. Da parte A consta, ainda, o *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) (10 perguntas) que permite avaliar o défice cognitivo.

A parte B avalia a utilização e necessidade percebida de serviços, sendo as alíneas 73 a 86 respondidas pelo entrevistador (CEISUC, 2009). Juntando a informação das duas partes, o entrevistador faz a classificação de cada subescala de 1 (muito bom) a 6 (totalmente/completamente insatisfatório). Conjugando a classificação das cinco subescalas, obtém-se um de 32 perfis funcionais (Rodrigues, 2008).

Neste estudo, apenas utilizámos as subescalas *saúde física* e *saúde mental*. A subescala da saúde mental inclui as questões do SPMSQ, a avaliação da satisfação com a vida e dos sintomas psiquiátricos (*Short Psychiatric Evaluation Schedule/SPES*) e a autoavaliação da saúde mental. A saúde física avalia os últimos seis meses sobre consultas médicas, dias de incapacidade física, hospitalização e internamento, necessidade percebida de consultas médicas, uso de medicamentos, entre outros (Rodrigues, 2008). As subescalas obtiveram os seguintes valores de consistência interna: *recursos sociais* ($\alpha = 0,64$); *recursos económicos* ($\alpha = 0,89$); *saúde física* ($\alpha = 0,85$); *saúde mental* ($\alpha = 0,83$); *atividades de vida diária* ($\alpha = 0,91$). Os valores de estabilidade temporal foram excelentes (Rodrigues, 2008).

Tendo, neste estudo, sido utilizadas apenas as subescalas *saúde física* e *saúde mental* e não existindo um sistema de cotação para subescalas isoladas, criou-se esse sistema: para cada questão, a opção de resposta traduzindo melhor saúde mental/física recebeu valor zero e a que correspondia à pior saúde mental/física recebeu o valor máximo possível, conforme o número de respostas da questão. Assim, quanto maior a pontuação, pior a *saúde mental/física*. Dicotimizámos estas duas subescalas em *satisfatória* e *insatisfatória* com base num ponto de corte definido através da média mais/menos desvio-padrão. Considerou-se que os idosos com pontuação acima deste ponto de corte apresentavam *saúde mental/física insatisfatória*.

Dada a criação de um sistema específico de cotação, não apresentamos dados sobre a consistência interna das subescalas.

Inventário de Ansiedade Geriátrica/Geriatric Anxiety Inventory (IAG/GAI; Byrne et al., 2010; Ribeiro, Paúl, Simões e Firmino, 2011). O IAG avalia a gravidade dos sintomas de ansiedade em idosos e possui 20 alíneas de autorresposta (ou aplicadas em forma de entrevista), relativas à última semana, do tipo concordo/discordo. O ponto de corte para considerar os sintomas de ansiedade graves situa-se nos 8/9 (Ribeiro et al., 2011).

A consistência interna do IAG foi muito boa ($\alpha = 0,97$) e a estabilidade temporal boa (Ribeiro et al., 2011). Neste estudo, o alfa foi de 0,96, classificado como muito bom (DeVellis, 1991).

Tabela 2

Medidas de Tendência Central/Dispersão

	M (DP)	Md	Amplitude inter-quartilica	Intervalo	Intervalo teórico
EIEI <i>coping religioso e espiritual</i>	52,89 (1,99)	54,0	2,0	46-54	9-54
EIEI <i>consciência</i>	50,48 (4,45)	52,0	6,5	34-54	9-54
EIEI <i>graça</i>	30,80 (4,93)	32,0	5,0	12-36	6-36
EIEI <i>significado</i>	15,32 (4,55)	15,0	8,5	6-24	4-24
EIEI <i>missão</i>	17,08 (1,54)	18,0	1,0	13-18	3-18
EIEI total	166,88 (9,55)	169,0	12,5	135-183	31-186
EA <i>solidão/insatisfação</i>	1,71 (1,44)	1,0	3,0	0-5	0-5
EA <i>atitudes envelhecimento</i>	1,75 (1,39)	1,0	2,0	0-5	0-5
EA <i>agitação</i>	1,14 (1,16)	1,0	2,0	0-4	0-4
EA total	4,6 (2,94)	5,0	4,5	0-11	0-14
EDG	11,97 (6,69)	12,0	11,5	1-25	0-27
IAG	10,98 (7,38)	13,0	16,5	0-20	0-20

Notas: M = Média; DP = Desvio-padrão; Md = Mediana; EIEI = Escala de Inteligência Espiritual Integrada; EA = Escala de Ânimo; EDG = Escala de Depressão Geriátrica; IAG = Inventário de Ansiedade Geriátrica.

Escala de Depressão Geriátrica/Geriatric Depression Scale (EDG/GDS; Yesavage et al., 1983; Pocinho, Farate, Dias, Lee e Yesavage, 2009). A EDG avalia sintomas de depressão em idosos e possui 27 itens (sim/não). O ponto de corte de 11 é usado para deteção e diagnóstico de eventual depressão. A consistência interna e estabilidade temporal da EDG foram muito boas ($\alpha = 0,91$; $r = 0,99$) (Pocinho et al., 2009). Neste estudo, obteve-se um alfa de 0,90, considerado muito bom (DeVellis, 1991).

Análise estatística

Foi utilizado o Statistical Package for the Social Sciences (IBM-SPSS), versão 20. Calculámos estatísticas descritivas, medidas de tendência central, dispersão e assimetria. Todas as variáveis, à exceção da pontuação total da Escala de Depressão Geriátrica, não apresentavam uma distribuição normal (teste de Kolmogorov-Smirnov).

Dada a ausência de distribuição normal na maioria das variáveis e o n reduzido em algumas categorias de algumas variáveis, optámos maioritariamente pelos testes não paramétricos. Usou-se o nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

Frequências, médias, desvios-padrão e intervalos da saúde física e mental, inteligência espiritual, bem-estar psicológico, depressão e ansiedade

Testes do qui-quadrado mostraram não existirem associações entre o sexo e a saúde física/mental (pontos de corte explicados na secção Instrumentos: insatisfatória/satisfatória) e entre as pontuações dicotomizadas da Escala de Depressão Geriátrica e do Inventário de

Ansiedade Geriátrica (pontos de corte das versões portuguesas). Verificou-se, então, na amostra total, que a maioria dos participantes tinha uma saúde física insatisfatória ($n = 52$; 80,0%; satisfatória) e uma saúde mental insatisfatória ($n = 55$; 84,6%). A maioria apresentava sintomas depressivos ($n = 37$; 56,9%) e ansiosos ($n = 42$; 64,6%). Testes U de Mann-Whitney revelaram não existir diferenças significativas por sexo nas dimensões e pontuações totais da Escala de Inteligência Espiritual e na Escala de Ânimo. Na Tabela 2 apresentam-se as medidas relativas às dimensões e pontuações totais dos instrumentos na amostra total.

Na Tabela 3 apresentam-se as correlações entre a Escala de Inteligência Espiritual Integrada, a Escala de Ânimo, a Escala de Depressão Geriátrica e o Inventário de Ansiedade Geriátrica. No que respeita às dimensões da inteligência espiritual, o *coping religioso e espiritual* e a *missão* não se correlacionaram com nenhuma das outras medidas (Escala de Ânimo, Escala de Depressão Geriátrica e o Inventário de Ansiedade Geriátrica). A dimensão *consciência* correlacionou-se positivamente com as *atitudes face ao envelhecimento* da Escala de Ânimo (magnitude pequena) e negativamente com a Escala de Depressão Geriátrica (magnitude moderada). A dimensão *graça* correlacionou-se positivamente com a pontuação total da Escala de Ânimo (magnitude pequena) e com uma das suas dimensões (*atitudes face ao envelhecimento*, com magnitude moderada) e negativamente com a Escala de Depressão Geriátrica (magnitude moderada) e com o Inventário de Ansiedade Geriátrica (magnitude pequena). Por seu lado, a dimensão *significado* correlacionou-se negativamente com a pontuação total da Escala de Ânimo e com as suas dimensões *solidão/insatisfação* e *agitação* (magnitudes pequenas). Por fim, a pontuação total da inteligência espiritual correlacionou-se positivamente com uma dimensão da Escala de Ânimo (*atitudes face ao*

Tabela 3
Correlações entre Dimensões e Pontuações Totais

	EA solidão/insatisfação	EA atitudes envelhecimento	EA agitação	EA total	EDG	IAG
EIEI coping ¹	NS	NS	NS	NS	NS	NS
EIEI consciência	NS	0,27*	NS	NS	-0,30*	NS
EIEI graça	NS	0,31*	NS	0,26*	-0,47**	-0,27*
EIEI significado	-0,28*	NS	-0,26*	-0,27*	NS	NS
EIEI missão	NS	NS	NS	NS	NS	NS
EIEI total	NS	0,30*	NS	NS	-0,32**	NS

Notas: EIEI = Escala de Inteligência Espiritual Integrada; ¹coping = coping religioso e espiritual; EA = Escala de Ânimo; EDG = Escala de Depressão Geriátrica; IAG = Inventário de Ansiedade Geriátrica; ** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$; NS = não significativo.

envelhecimento) e negativamente com a Escala de Depressão Geriátrica (magnitudes moderadas).

Todas as dimensões e a pontuação total da Escala de Ânimo correlacionaram-se negativamente com a Escala de Depressão Geriátrica e com o Inventário de Ansiedade Geriátrica (magnitudes moderadas a elevadas), à exceção das atitudes face ao envelhecimento da Escala de Ânimo, que não revelou associação com o Inventário de Ansiedade Geriátrica. Finalizando, a Escala de Depressão Geriátrica e o Inventário de Ansiedade Geriátrica correlacionaram-se positivamente ($r = 0,75$; $p < 0,01$) (magnitude elevada) (Tabela 4).

Tabela 4
Correlações entre as Dimensões e Pontuação Total da EA e a EDG e o IAG

	EDG	IAG
EA solidão/insatisfação	-0,50**	-0,47*
EA atitudes envelhecimento	-0,39**	NS
EA agitação	-0,46**	-0,41**
EA total	-0,61**	-0,49**

Notas: EA = Escala de Ânimo; EDG = Escala de Depressão Geriátrica; IAG = Inventário de Ansiedade Geriátrica.

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; NS = Não significativo.

Testes *U* de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis testaram diferenças nas dimensões e pontuações totais da Escala Integrada de Inteligência Espiritual, Escala de Ânimo, Escala de Depressão Geriátrica e Inventário de

Ansiedade Geriátrica por escolaridade, estado civil, modalidade institucional e tempo na instituição. Para o efeito, foram dicotomizadas as variáveis escolaridade (não sabe ler nem escrever vs. outras escolaridades) e estado civil (casado vs. solteiro, viúvo e divorciado).

Testes *U* de Mann-Whitney mostraram existir diferenças em função da saúde física na Escala de Depressão Geriátrica e no Inventário de Ansiedade Geriátrica, na dimensão solidão/insatisfação e na pontuação total da Escala de Ânimo. Assim, os idosos com saúde física insatisfatória (vs. satisfatória) revelaram mais sintomas depressivos e ansiosos. Os idosos com saúde física insatisfatória também apresentaram uma pontuação total menor na Escala de Ânimo e na sua dimensão solidão/insatisfação. Testes *U* de Mann-Whitney mostraram existir diferenças por saúde mental na Escala de Depressão Geriátrica e no Inventário de Ansiedade Geriátrica, na pontuação total da Escala de Ânimo e nas suas dimensões solidão/insatisfação e atitudes face ao envelhecimento. Neste sentido, os idosos com saúde mental insatisfatória (vs. satisfatória) apresentaram maior sintomatologia depressiva e ansiosa.

No que respeita às diferenças na Escala de Ânimo, os idosos com saúde mental insatisfatória exibiram menor pontuação na solidão/insatisfação, nas atitudes face ao envelhecimento e no total da Escala de Ânimo (Tabela 5).

Testes *U* de Mann-Whitney mostraram existirem diferenças significativas por modalidade institucional nas

Tabela 5
Teste *U* de Mann-Whitney Explorando Diferenças na Inteligência Espiritual (EIEI), no Ânimo (EA), na Sintomatologia Depressiva (EDG) e Ansiosa (IAG) em Função da Saúde Física e da Saúde Mental

	Saúde Física			Saúde Mental		
	Satisfatória	Insatisfatória	U/p	Satisfatória	Insatisfatória	U/p
	Md	Md		Md	Md	
EA solidão/insatisfação	3,0	1,0	192,500/0,014	3,0	1,0	128,500/0,006
EA atitudes envelhecimento	—	—	—	3,0	1,0	146,500/0,016
EA agitação	—	—	—	—	—	—
EA total	6,0	4,0	192,500/0,014	7,5	4,0	100,000/0,001
EDG	6,0	13,5	183,000/0,011	4,5	13,0	92,500/0,001
IAG	2,0	14,5	186,500/0,013	4,5	15,0	155,000/0,028

Notas: EA = Escala de Ânimo; EDG = Escala de Depressão Geriátrica; IAG = Inventário de Ansiedade Geriátrica; *p* = valor de significância; Md = Mediana; U = Teste *U* de Mann-Whitney.

dimensões da inteligência espiritual graça e significado e na Escala de Depressão Geriátrica e no Inventário de Ansiedade Geriátrico. No que respeita às dimensões da inteligência espiritual, os idosos residindo em Lar, comparativamente com os que residem em Centro Social, apresentaram menor graça e maior significado. Estes idosos também tiveram pontuações maiores na sintomatologia depressiva e ansiosa (Tabela 6).

Tabela 6

Teste U de Mann-Whitney Explorando Diferenças na Inteligência Espiritual (EIEI), no Ânimo (EA), na Sintomatologia Depressiva (EDG) E Ansiosa (IAG) em Função da Modalidade Institucional

	Modalidade Institucional		U/p
	Lar	Centro Social	
	Md	Md	
EIEI coping	—	—	—
EIEI consciência	—	—	—
EIEI graça	31,00	33,00	378,000/0,048
EIEI significado	17,00	14,00	372,500/0,041
EIEI missão	—	—	—
EIEI total	—	—	—
EDG	16,00	8,50	300,000/0,003
IAG	16,00	9,0	331,000/0,009

Notas: EIEI = Escala de Inteligência Espiritual Integrada; Coping = coping religioso e espiritual; EDG = Escala de Depressão Geriátrica; IAG = Inventário de Ansiedade Geriátrica; p (valor de significância); Md = Mediana; U = Teste U de Mann-Whitney.

Não foi encontrado mais nenhum resultado estatisticamente significativo. Assim, correlações de Spearman e teste U de Mann-Whitney revelaram não existirem associações significativas entre a idade e as dimensões e pontuações totais de todos os instrumentos.

DISCUSSÃO

Um dos objetivos do presente estudo passa por descrever os níveis de inteligência espiritual numa amostra de idosos em Lar e Centro Social, bem como os níveis de alguns correlatos psicológicos e físicos, como o bem-estar psicológico, os sintomas de depressão e ansiedade e a saúde mental e física. Para além disso, pretendemos identificar associações entre a inteligência espiritual e os correlatos referidos, assim como com algumas variáveis sociodemográficas.

Relativamente ao nosso primeiro objetivo, segundo sabemos, não existem estudos em Portugal que tenham usado o mesmo instrumento que aplicamos para avaliar a inteligência espiritual em idosos (Escala Integrada de Inteligência Espiritual/EIEI). Porém, comparando os valores médios do nosso estudo com os obtidos no estudo de validação da EIEI (Jorge, 2012), constatamos que os

valores da nossa amostra são superiores aos desse mesmo estudo. Contudo, tal pode dever-se ao facto da nossa amostra ser totalmente constituída por idosos, ao passo que o estudo de validação foi realizado numa amostra de sujeitos entre os 14 aos 81 anos. Neste contexto, refira-se que o aumento da idade tende a acompanhar-se do aumento na espiritualidade, como sugerem Wink e Dillon (2002). Reportando-nos agora aos valores médios por sexo, ainda que, na nossa amostra, não tenhamos encontrado diferenças na pontuação total e dimensões de inteligência espiritual, no estudo de Jorge (2012), as mulheres apresentaram valores superiores aos homens (M = 126,79 vs. M = 130,80). Também no estudo de Amram (2008), com a versão original da EIEI, as mulheres apresentaram valores superiores em quatro dos cinco fatores. A nível internacional, usando outros instrumentos para avaliar IE, alguns estudos apontam para valores maiores nos homens (e.g., Saad et al., 2010) ou para a inexistência de diferenças (e.g., Jain e Purohit, 2006). Refira-se que no nosso estudo, os idosos de ambos os sexos provinham de meios rurais, tendo tido uma marcada educação religiosa, o que pode ter contribuído para a ausência de diferenças.

Comparando as médias obtidas nos instrumentos e os valores obtidos noutras investigações, quanto ao bem-estar psicológico (avaliado com a Escala de Ânimo), os nossos resultados foram inferiores aos de Silva (2012) (M = 7,68) e de Araújo, Gomez, Teixeira e Ribeiro (2011) (M = 6,71), o que pode dever-se ao facto de os nossos idosos provirem de Lares e Centro Social (no primeiro estudo provinham da comunidade e no segundo de uma Instituição Particular de Solidariedade Social). Tal como no caso da inteligência espiritual, também quanto ao bem-estar psicológico não encontramos diferenças significativas por sexo. Já Silva (2009) verificou que os homens apresentavam maior pontuação total na Escala de Ânimo (EA) e as mulheres nas dimensões solidão/insatisfação e agitação. Por seu lado, Henriqueto (2013) e Silva (2012) não encontraram diferenças por sexo na pontuação total da Escala de Ânimo. Quanto aos sintomas ansiosos e depressivos, Catarino (2011) e Tomaz (2012) encontraram, em idosos em Lar e Centro de dia, valores médios superiores (ainda que apenas cerca de dois valores) aos nossos na pontuação total do Inventário de Ansiedade Geriátrico (sintomatologia ansiosa) e da Escala de Depressão Geriátrica (sintomatologia depressiva). Já Santos (2011), com idosos em Lar e da Comunidade e Gouveia (2014), com idosos em lares, obtiveram valores inferiores aos nossos na pontuação média do Inventário de Ansiedade Geriátrica (ainda que apenas cerca de três valores). Relativamente aos sintomas depressivos, Noronha (2011) identificou valores mais elevados em mulheres, enquanto Gonçalves (2011) não encontrou diferenças significativas por sexo, tal como sucedeu no nosso estudo. Quanto aos sintomas ansiosos, Gonçalves (2011) e Santos (2011) não encontraram diferenças

significativas na ansiedade por sexo. Já Maia (2011) verificou que as mulheres apresentavam mais sintomas depressivos

Não nos é possível comparar a pontuação obtida no QAFMI com os resultados de outros estudos, dado termos criado um sistema de cotação para a saúde física/mental.

Torna-se difícil justificar a falta de diferenças por sexo em termos de saúde física/mental. A maioria dos estudos não recorreu ao Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (QAFMI) e, quando o fizeram, consideraram a avaliação global do funcionamento do idoso e não apenas a saúde física/mental. Adicionalmente, criámos um sistema de cotação, o que pode ter influenciado os resultados e dificulta comparações. Contudo, o estudo de Fernandes (usou o QAFMI) chegou aos mesmos resultados quanto à saúde física/mental. Porém, esse estudo, como o nosso, apresenta disparidade quanto ao número de homens e mulheres da amostra, o que pode ter comprometido os resultados.

Apesar de não ser um objetivo central do nosso estudo não podemos deixar de discutir alguns dados de prevalência. Assim, a maioria dos nossos idosos apresentava uma saúde física e mental insatisfatória. No estudo de Fernandes (2011), com idosos entre os 65 e os 95 anos, institucionalizados em Lar/Centro de dia, 78,3% apresentaram limitações físicas moderadas ou graves e 76,7% limitações mentais moderadas ou graves. Neste estudo, uma percentagem importante (56,9%) evidenciou sintomatologia depressiva, como no estudo de Noronha (2011) (64,3%), realizado com idosos em Lar e Centro de dia. Já Vaz e Gaspar (2011) obtiveram resultados inferiores (46,0%) em idosos com mais de 65 anos institucionalizados em Lar. No que respeita à presença de sintomatologia ansiosa, Gonçalves (2011) referiu que 48,7% dos idosos apresentava eventual ansiedade, valor mais baixo do que o nosso (64,6%).

Quanto ao nosso segundo objetivo, relativo às associações entre a inteligência espiritual e diferentes correlatos, verificamos associação entre as subescalas e pontuações totais da inteligência espiritual e bem-estar psicológico (Escala de Ânimo), à semelhança de Subramaniam e Panchanatham (2014). Não encontramos associações entre a inteligência espiritual e a saúde física/mental avaliada com o Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (QAFMI) tal como Ghasemi-Pirbalouti e colaboradores (2014) (relativamente à saúde mental) numa amostra de funcionários de uma empresa. Se nos focarmos apenas na avaliação da saúde física e mental com o QAFMI, os nossos resultados também parecem apontar para o facto da inteligência espiritual poder não ter um impacto positivo significativo na saúde dos idosos. Porém, estudos internacionais com adultos referem uma associação positiva entre a inteligência espiritual e a saúde física/mental (e.g., Zamani

e Hajjalizadeh, 2015). Assim, estudos sugerem que programas que desenvolvam a inteligência espiritual diminuem os sintomas de ansiedade (e.g., Koszycki et al., 2010). Se analisarmos a saúde mental do ponto de vista da avaliação realizada através do Inventário de Ansiedade Geriátrica e da Escala de Depressão Geriátrica, os nossos resultados parecem apontar num outro sentido. Assim, no nosso estudo, a dimensão graça da inteligência espiritual associou-se negativamente à pontuação total do Inventário de Ansiedade Geriátrica (sintomatologia ansiosa). Dizendo a dimensão graça respeito à autoaceitação, otimismo, reconhecimento da beleza e harmonia relativos ao outro, à natureza e aos eventos do dia-a-dia, faz sentido que níveis menores de graça se associem a maior ansiedade. Similarmente, encontramos associações negativas entre a inteligência espiritual (a sua pontuação total e algumas dimensões: consciência e graça) e sintomas depressivos (Escala de Depressão Geriátrica). Apesar de não podermos afirmar causalidade, por se tratar de um estudo não experimental, hipotetizamos que a inteligência espiritual possa reduzir a tendência de experienciar sintomas depressivos. A propósito, refira-se a investigação de Charkhabi e colaboradores (2014), com estudantes do ensino secundário, em que o desenvolvimento da inteligência espiritual associou-se à diminuição dos sintomas depressivos.

No que respeita às associações entre as variáveis em estudo e as variáveis sociodemográficas, para além da ausência de associações com a variável sexo, tal como no nosso estudo, também Gonçalves (2011) não encontrou associações entre a idade e os sintomas depressivos/ansiosos. A falta de associação pode dever-se ao facto da amostra ser constituída apenas por idosos. Apesar de, quanto ao estado civil, hipotetizarmos que a existência de um companheiro se associaria a resultados mais elevados em todas as variáveis (devido ao efeito amortecedor que a rede social poderia ter nos sintomas, contribuindo para o aumento do bem-estar), não encontramos diferenças em nenhuma das variáveis em função do estado civil. Já Noronha (2011) identificou mais sintomas depressivos em idosos sem companheiro e Ferreira (2014), estudando o bem-estar psicológico, concluiu que os solteiros e casados (vs. viúvos) tinham atitudes face ao envelhecimento mais positivas. Por seu lado, Mónico, Frazão, Clemente e Lucas (2012) verificaram que os solteiros e divorciados (vs. casados e viúvos) tinham atitudes mais positivas face ao envelhecimento e menor solidão/insatisfação. No nosso estudo, apenas foram encontradas diferenças por modalidade institucional. Assim, os idosos em Lar apresentaram pontuações menores apenas na dimensão graça (inteligência espiritual) e pontuações maiores na dimensão significado (inteligência espiritual), na EDG (sintomatologia depressiva) e no IAG. Deste modo, os idosos residindo em lares evidenciam menor

autoaceitação, otimismo e valorização da beleza da vida. Parecem, porém, mais capazes de reagir à frustração e maior transcendência do ego, procurando um sentido para os acontecimentos. Apresentam, ainda, mais sintomas depressivos e ansiosos. A este propósito, sublinha-se que durante as entrevistas, muitos idosos referiram revolta pela institucionalização, o que pode ajudar a explicar alguns dos resultados.

Quanto às limitações deste estudo, há a referir os valores não totalmente favoráveis de consistência interna da escala total e de algumas subescalas da Escala de Inteligência Espiritual Integrada, nomeadamente o *coping* religioso e espiritual, a consciência e o significado, e o valor inaceitável da dimensão missão, que poderão comprometer a leitura de alguns resultados. Estes valores podem dever-se ao número reduzido de itens de algumas subescalas e sobretudo ao seu conteúdo (difícil compreensão para esta faixa etária), tendo sido necessário formulá-los oralmente de outra forma. Ainda assim, tratando-se de um estudo exploratório, os alfas superiores a 0,50 podem ser vistos com suficientes (Nunnally, 1967, cit. in Bean, 1980). Não obstante, sublinhe-se que importa construir e adaptar uma escala que avalie a IE com itens mais adequados à população idosa ou reformular os itens da IEI. Adicionalmente, não avaliamos “formalmente” a presença de défice cognitivo, ainda que com o SPMSQ nenhum dos idosos que participaram no estudo apresentasse défice cognitivo.

Importa, ainda, referir o facto do tipo de amostra (por conveniência) impedir a generalização dos resultados para a população idosa portuguesa. No entanto, apesar deste dado, não podemos deixar de sublinhar algumas características da nossa amostra que a aproximam da população geral portuguesa. Foi evidente a predominância do sexo feminino no nosso estudo e um relatório do Gabinete de Estratégia e Planeamento (2013) apresenta resultados concordantes: em Portugal existem mais mulheres do que homens em Lares e Centros de dia. A nossa amostra também parece ser algo “envelhecida” (M = 83,46 anos). O mesmo relatório refere que 71% dos idosos que frequentam Lares têm mais de 80 anos e metade dos que frequentam Centros de dia têm a mesma idade. Quanto à escolaridade, dados da Pordata (2015) apontam que, em 2014, 29,6% dos portugueses com mais de 65 anos não possuía escolaridade. Quanto aos idosos institucionalizados, no estudo de Cardoso (2013), 32% eram analfabetos. Na nossa amostra, a percentagem foi ligeiramente mais elevada (38,5%), o que pode dever-se à localização das instituições em meios rurais. Porém, as características da nossa amostra aproximam-se das da população idosa em Portugal.

Discutidos os pontos anteriores, valerá a pena intervir para desenvolver a inteligência espiritual? Acreditamos que sim, atendendo aos nossos resultados. O nosso estudo comprovou a presença de associações entre

a inteligência espiritual, o bem-estar psicológico, a depressão e a ansiedade numa amostra de idosos em Lar e Centro Social. É verdade que a falta de estudos em idosos sobre o tema, no nosso país, em particular, dificulta a comparação dos resultados, e o facto deste se tratar de um estudo não-experimental impede qualquer afirmação de causalidade. Contudo, os resultados levam a crer que o desenvolvimento da inteligência espiritual, nomeadamente através de programas que incluam sessões abordando esta inteligência, à semelhança de programas apresentados em estudos internacionais, poderá ter efeitos positivos no bem-estar e na diminuição de sintomas de depressão/ansiedade em idosos. Assim, em estudos futuros, eventualmente com amostras de maior dimensão, será interessante voltar a explorar os mesmos objetivos, bem como desenvolver e aplicar um programa de intervenção focado no desenvolvimento da inteligência espiritual, para explorar o seu impacto em diferentes correlatos psicológicos e físicos em idosos portugueses. Poderá, igualmente, considerar-se a replicação do estudo em meio cidadão para explorar o sentido dos resultados. O já referido desenvolvimento de um instrumento de avaliação da inteligência espiritual “mais” adaptado a idosos (ou adaptação do já existente), poderá também conduzir à confirmação (mais robusta) da associação entre as variáveis.

Conflito de interesses | Conflict of interest: nenhum | none.

Fontes de financiamento | Funding sources: nenhuma | none.

REFERÊNCIAS

- Amram, Y. e Dyer, D. C. (2008, Agosto). *The Integrated Spiritual Intelligence Scale (ISIS): Development and Preliminary Validation*. 116th Annual Conference of the American Psychological Association, Boston, MA.
- Araújo, L, Gomez, V., Teixeira, C. e Ribeiro, Ó. (2011). Programa de Terapia de Remotivação em idosos institucionalizados: Estudo piloto. *Revista de Enfermagem Referência, III(5)*, 103-111. Doi: 10.12707/RIII1159
- Bean, J. P. (1980). Dropouts and turnover: The synthesis and test of a causal model of student attrition. *Research in Higher Education, 12(2)*, 155-187. Doi: 10.1007/BF00976194
- Byrne, G. J., Pachana, N. A., Goncalves, D. C., Arnold, E., King, R. e Khoo, S. K. (2010) Psychometric properties and health correlates of the Geriatric Anxiety Inventory in Australian community-residing older women. *Aging & Mental Health, 14(3)*, 247-254. Doi: 10.1080/13607861003587628.
- Cardoso, D. C. M. (2013). *Sono, depressão e afetividade em idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de <https://goo.gl/Hf1RRi>
- Catarino, M. (2011). *Sintomas psicopatológicos e afecto positivo nos idosos*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de <http://goo.gl/e63jTC>
- CEISUC [Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra] (2009). *Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos*.
- Charkhabi, M., Mortazavi, A., Alimohammadi, S. e Hayati, D. (2014). The effect of spiritual intelligence training on the indicators of mental

- health in Iranian students: An experimental study. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 159, 355-358. Doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.387
- Chen, H., Cheal, K., Herr, E. C. e Zubritzky, C. (2007). Religious participation as a predictor of mental health status and treatment outcomes in older persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 144-153. Doi: 10.1002/gps.1704
- Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A., Larimore, W. L. e Koenig, H. G. (2000). 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
- DeVellis (1991). *Scale development: Theory and applications*. London: Sage Publications.
- Duarte, F. M. e Wanderley, K. S. (2011). Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(1), 49-53. Acedido em 26, Março, 2014 em <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n1/a07v27n1.pdf>
- Emmons, R. A. (2000). Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition, and the psychology of ultimate concern. *International Journal for the Psychology of Religion*, 10(1), 3-26. Doi: 10.1207/S15327582IJPR1001_2
- Fernandes, M. C. J. (2011). *Relação entre bem-estar subjectivo, saúde física e mental do idoso sob resposta social*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de <http://goo.gl/63e5Fv>
- Ferreira, S. A. (2014). A utilização das TIC e o autoconceito, o ânimo e a qualidade de vida do cidadão sénior: que relação? *Prisma*, 23, 43-61. Obtido de <http://goo.gl/ynstc3>
- Fillenbaum, G. G. (1988). *Multidimensional Functional Assessment of Older Adults: The Duke Older Americans Resources and Services Procedures*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fung, A. W. T. e Lam, L. C. W. (2013). Spiritual Activity is Associated with Better Cognitive Function in Old Age. *East Asian Archives of Psychiatry*, 23, 102-108. Doi: 10.26-2121/2078-9947
- Gabinete de Estratégia e Planeamento (2013). *Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos 2013*. Lisboa: GEP/MSESS. Obtido de <http://goo.gl/4Fl3CL>
- Ghasemi-Pirbalouti, M., Ahmadi, R., Alavi-Eshgftaki, S. M. e Alavi-Eshgftaki, S. S. (2014). The association of spiritual intelligence and job satisfaction with mental health among personnel in Shahrekord University of Medical Sciences [Resumo]. *Journal Shahrekord University Medical Sciences*, 16(5), 123-131. Obtido de <http://goo.gl/u7EDHU>
- Gonçalves, A. R. B. M. (2011). *Declínio cognitivo, sintomas ansiosos e depressivos: Estudo em idosos sob resposta social no concelho de Coimbra*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de <http://goo.gl/Qel18>
- Gouveia, P. I. A. (2014). *Avaliação do sofrimento emocional em idosos institucionalizados em lares*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto, Porto. Obtido de <http://goo.gl/nbCxb4>
- Henriquetto, S. M. C. (2013). *A resiliência, o suporte social e o bem-estar na adaptação ao envelhecimento*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Algarve. Obtido de <http://goo.gl/ciUVKv>
- Heravi-Karimooi, M., Rejeh, N. e Nia, S. H. S. (2014). The relationship between nursing students' spiritual intelligence and their general health in Tehran [Resumo]. *Iranian Journal of Medical Education*, 14(1), 1-14. Obtido de <http://goo.gl/KP5B53>
- Hosseini, M., Elias, H., Krauss, S. E. e Aishah, S. (2010). A review study on spiritual intelligence, adolescence and spiritual intelligence, factors that may contribute to individual differences in spiritual intelligence, and the related theories. *International Journal of Psychological Studies*, 2(2), 179-188. Doi: 10.5539/ijps.v2n2p179
- Ibrahim, N. (2014). *Depression and factors of psychological well-being among Malay, Chinese and Indian elderly women at Rumah Seri Kenangan (RSK), public welfare institutions in Malaysia* [Resumo]. Tese de doutoramento. Southern Illinois University Carbondale, Illinois. Obtido de <http://goo.gl/8fHnt1>
- Jain, M. e Purohit, P. (2006). Spiritual intelligence: A contemporary concern with regard to living status of the senior citizens. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 32(3), 227-233. Obtido de <http://medind.nic.in/jak/to6/i1/jakto6i1p227.pdf>
- Jorge, D. F. O. (2012). *Inteligência espiritual: propriedades psicométricas da versão portuguesa da Escala de Inteligência Espiritual Integrada (ISIS)*. Dissertação de mestrado. Universidade da Beira Interior, Covilhã. Obtido de <http://ubithesis.ubi.pt/handle/10400,6/2677>
- Kaheni, S., Heidar-Fard, J. e Nasiri, E. (2013). Relationship between spiritual intelligence and medical-demographic characteristics in community-dwelling elderly [Resumo]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 23, 87-94. Obtido de <http://goo.gl/LrjJSS>
- King, D. B. e DeCicco, T. L. (2009). A viable model and self-report measure of spiritual intelligence. *The International Journal of Transpersonal Studies*, 28(1), 68-85. Obtido de <http://goo.gl/y8dRmY>
- Koenig, H. G. (2006). Religion and Depression in Older Medical Inpatients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(4), 282-291. Doi: 10.1097/01.JGP.0000246875.93674.0c
- Koszycki, D., Raab, K., Aldosary, F. e Bradwejn, J. (2010). A multifactorial spiritually based intervention for generalized anxiety disorder: A pilot randomized trial. *Journal of Clinical Psychology*, 66(4), 430-441. Doi: 10.1002/jclp.20663
- Lavretsky, H. (2010). Spirituality and aging. *Aging Health*, 6 (6), 749-769. Doi: 10.2217/ahe.10.70
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *The Journal of Gerontology* [Resumo], 30(1), 85-89. Doi: 10.1093/geronj/30.1.85
- Lucchetti, G., Lucchetti, A., Bassi, R., Nasri, F. e Nacif, S. (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
- Maia, S. M. S. (2011). *Funções executivas e sintomas de ansiedade: Estudo em idosos sob resposta social*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de <http://goo.gl/fQ2rhE>
- Mónico, L. S. M., Frazão, A. A., Clemente, D. F. F. e Lucas, H. M. O. (2012). Subjective well-being of elderly in social responses seniors home and home support service. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 33-42. Obtido de <http://goo.gl/q5qGij>
- Noronha, C. A. C. M. O. (2011). *Declínio cognitivo e depressão nos idosos do concelho de Coimbra*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de <http://goo.gl/YV5QrW>
- Subramaniam, M. e Panchanatham, N. (2014). Relationship between emotional intelligence, spiritual intelligence and wellbeing of management executives. *Global Research Analysis*, 3(3), 93-94. Obtido em <http://goo.gl/Mb3d9g>
- Paúl, M. C. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Psicologica*, 8, 61-80,
- Pocinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T. e Yesavage, J. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32(2), 223-236. Doi: 10.1080/07317110802678680
- Pordata (2015). *População residente com 15 a 64 anos e 65 e mais anos: Por nível de escolaridade completo mais elevado (%)*. Acedido em 24, junho, 2015 em <http://goo.gl/hkgTJH>
- Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M. R. e Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 11(6), 742-748. Doi: 10.1080/13607863.2011.562177

- Rodrigues, R. M. C. (2008). Validação da versão em português europeu do Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(2), 109-115. Doi: 10.1590/S1020-49892008000200006
- Ronel, N. (2008). The experience of spiritual intelligence. *Journal of Transpersonal Psychology*, 40(1), 100-119. Obtido de <http://www.atpweb.org/jtparchive/trps-40-08-01-100.pdf>
- Saad, Z. M., Hatta, Z. A. e Mohamad, N. (2010). The impact of spiritual intelligence on the health of the elderly in Malaysia. *Asian Social Work and Policy Review*, 4, 84-97. Obtido de <http://goo.gl/atBMOI>
- Santos, A. M. R. (2011). *Ptofobia e dimensões psicológicas associadas: Estudo em pessoas idosas*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro. Obtido de <http://goo.gl/c4tphx>
- Silva, S. G. M. R. N. (2009). *Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa, Porto. Obtido de <http://goo.gl/TETm8S>
- Silva, M. I. M. T. V. (2012). *A influência da autoperceção do envelhecimento na satisfação com a vida em velhos: Diferenças de género e de idade*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa, Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/8179>
- Stead, J. G. e Stead, W. E. (2014). Building spiritual capabilities to sustain sustainability-based competitive advantages. *Journal of Management, Spirituality & Religion*, 11(2), 143-158. Doi: 10.1080/14766086.2013.832359
- Tomaz, M. B. (2012). *Relação da afetividade, depressão, e ansiedade com a memória a curto-prazo no idoso*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de <http://goo.gl/SgNfgi>
- Van Ness, P. H., Towle, V. R., O'Leary, J. R. e 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
- Vaughan, F. (2002). What is spiritual intelligence? *Journal of Humanistic Psychology*, 42(2), 16-33. Doi: 10.1177/0022167802422003
- Yesavage, J.A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. B. e Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report [Resumo]. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49. Doi: 10.1016/0022-3956(82)90033-4
- Whitehead, B. R. e Bergeman, C. S. (2011). Coping with daily stress: differential role of spiritual experience on daily positive and negative affect. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social* 67(4), 456-459. Doi: 10.1093/geronb/gbr136
- Wink, P. e 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
- Zamani, S. N. e Hajjalizadeh, K. (2015). Studying Effect of Instructing Spiritual Intelligence on Life Quality and Psychological Well-being in Patients with Multiple Sclerosis. *South Journal of Educational Psychology and Counseling*, 2(1), 28-36. Obtido de <http://goo.gl/XfNe>