

ANO 51-2, 2017

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



revista portuguesa de
pedagogia

Desenvolvimento e Características Psicométricas das Facetas Adicionais da Versão em Português Europeu do WHOQOL-SRPB (*Spirituality, religiousness and personal beliefs*)

Maria Nazarete Costa Catré¹, Joaquim Armando Ferreira², Teresa Pessoa³, Acácio Catré⁴, Maria Costa Catré⁵ e Marco Pereira⁶

Resumo

O grupo WHOQOL-SRPB da Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu o WHOQOL-SRPB, um instrumento de medida que avalia o domínio da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais da qualidade de vida (WHOQOL-SRPB Group, 2006). A validação das versões nacionais desse instrumento de medida obedece a um protocolo definido pela OMS/Grupo WHOQOL, que envolve as seguintes etapas: (1) tradução dos instrumentos; (2) etapa qualitativa; (3) desenvolvimento das escalas de resposta; (4) estudo de campo quantitativo. Os dois estudos que compõem o presente artigo têm os seguintes objetivos: (1) apresentar os resultados da etapa qualitativa, com grupos focais, que conduziram ao desenvolvimento de duas novas facetas – SP9. *Relação com os outros* e SP10. *Estilo de vida* (Estudo 1); e (2) apresentar as características psicométricas destas duas facetas adicionais (Estudo 2). O estudo qualitativo foi composto por 12 grupos focais e o estudo de campo quantitativo abrangeu uma amostra de 606 participantes. Os resultados atestam a fiabilidade e validade das novas facetas portuguesas, constituindo-se como um acréscimo relevante e original ao questionário WHOQOL-SRPB.

Palavras-chave: WHOQOL-SRPB; qualidade de vida; relação com os outros; estilo de vida; grupos focais

1 Agrupamento de Escolas de Eugénio de Castro / Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Email: ncatre@mail.com

2 Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

3 Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

4 Agrupamento de Escolas de Vila Nova de Poiares.

5 Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra.

6 Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Development and psychometric properties of the additional facets of the European Portuguese version of the WHOQOL-SRPB (*Spirituality, religiousness and personal beliefs*)

Abstract

The WHOQOL-SRPB Group of the World Health Organization (WHO) developed the WHOQOL-SRPB, an instrument designed to assess the aspects relating to spirituality, religiousness and personal beliefs of quality of life (WHOQOL-SRPB Group, 2006). The validation of the national versions of the WHOQOL-SRPB must follow the WHO/WHOQOL Group protocol, which consists in the following phases: (1) translation; (2) qualitative research; (3) development of response scales and (4) quantitative field study. This paper focuses in two studies with the following objectives: (1) to present the results of the qualitative phase with focus groups, which conducted to the development of the new facets of the European Portuguese version of WHOQOL-SRPB - SP9. *Relationship with others* and SP10. *Life style* (Study 1); and (2) to present the psychometric properties of these two additional facets (Study 2). The qualitative study consisted of 12 focus groups and the quantitative field study comprised a sample of 606 participants. The results demonstrate the reliability and validity of the new Portuguese facets, and constitute an important and novel addition to the WHOQOL-SRPB questionnaire.

Keywords: WHOQOL-SRPB; quality of life; relationship with others; lifestyle; focus groups

Desarrollo y propiedades psicométricas de las facetas adicionales de la versión portuguesa europea del WHOQOL-SRPB (*Espiritualidad, religiosidad y creencias personales*)

Resumen

El Grupo WHOQOL-SRPB de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló el WHOQOL-SRPB, un instrumento diseñado para evaluar los aspectos relacionados con la espiritualidad, la religiosidad y las creencias personales de la calidad de vida (WHOQOL-SRPB Group, 2006). La validación de las versiones nacionales del WHOQOL-SRPB debe seguir el protocolo de WHO / WHOQOL Group, que consiste en las siguientes fases: (1) traducción; (2) investigación cualitativa; (3) desarrollo de escalas de respuesta y (4) estudio de campo cuantitativo. Este documento se centra en dos estudios con los

siguientes objetivos: (1) presentar los resultados de la fase cualitativa con grupos focales, que condujeron al desarrollo de las nuevas facetas de la versión portuguesa europea de WHOQOL-SRPB - SP9. *Relación con otros* y SP10. *Estilo de vida* (Estudio 1); y (2) presentar las propiedades psicométricas de estas dos facetas adicionales (Estudio 2). El estudio cualitativo consistió en 12 grupos focales y el estudio de campo cuantitativo comprendió una muestra de 606 participantes. Los resultados demuestran la fiabilidad y validez de las nuevas facetas portuguesas, y constituyen una adición importante e innovadora al cuestionario WHOQOL-SRPB.

Palabras clave: WHOQOL-SRPB; calidad de vida; relación con los demás; estilo de vida; grupos focales

Introdução

O WHOQOL-SRPB (no original *World Health Organization Quality of Life - Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs*) é um questionário que avalia o domínio da Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (adiante domínio SRPB) da qualidade de vida (QdV) e insere-se no conjunto dos instrumentos de medida que seguem uma metodologia própria desenvolvida pelo grupo de avaliação da QdV da Organização Mundial de Saúde (OMS), conhecido como grupo WHOQOL (Fleck, 2000; Skevington, Sartorius, Amir, & WHOQOL-Group, 2004). Para as validações nacionais destes instrumentos de medida, a OMS/Grupo WHOQOL desenvolveu um protocolo constituído por quatro etapas: (1) tradução dos instrumentos; (2) etapa qualitativa; (3) desenvolvimento das escalas de resposta; e (4) estudo de campo quantitativo (WHOQOL Group, 1994, 1995).

No desenvolvimento da versão em português europeu do WHOQOL-SRPB, durante a etapa qualitativa, com grupos focais, emergiram vários tópicos a propósito dos conceitos que estão subjacentes ao WHOQOL-SRPB, das suas facetas, bem como do instrumento globalmente considerado (para uma revisão cf. Costa Catré, Ferreira, Pessoa, Pereira, Canavarro, & Catré, 2014). Esses tópicos tornaram-se suscetíveis de vir a constituir-se como facetas adicionais da versão em português europeu do WHOQOL-SRPB. No presente artigo, apresentam-se dois estudos com os seguintes objetivos: apresentar o desenvolvimento de duas novas facetas da versão em português europeu do WHOQOL-SRPB, que emergiram da etapa qualitativa: a SP9. *Relação com os outros* e a SP10. *Estilo de vida* (Estudo 1) e examinar as suas características psicométricas (Estudo 2).

A Especificidade e Centralidade do WHOQOL-SRPB

No âmbito dos instrumentos WHOQOL, encontram-se já validados para português europeu os questionários genéricos de avaliação da QdV, o WHOQOL-100 (nesta medida o domínio SRPB é avaliado por quatro questões; Canavarro et al., 2009), o WHOQOL-Bref (nesta versão abreviada do WHOQOL-100 o domínio SRPB é avaliado por uma única questão, integrada no domínio Psicológico; Canavarro et al., 2007) e o EUROHIS-QOL-8 (este índice geral de QdV não contempla questões sobre o domínio SRPB; Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011). Encontram-se também validados em Portugal os questionários que integram um módulo específico do VIH, o WHOQOL-HIV (Canavarro, Pereira, Simões, & Pintassilgo, 2011) e WHOQOL-HIV-Bref (Canavarro & Pereira, 2012). Nestas versões, o domínio SRPB

é avaliado pelas mesmas questões dos instrumentos genéricos, incluindo ainda três facetas específicas do VIH (morte e morrer, preocupações sobre o futuro, e perdão e culpa). Mais recentemente, foram desenvolvidos os módulos específicos para a população idosa, o WHOQOL-OLD (Vilar et al., 2014; Vilar, Sousa, & Simões, 2016) e o módulo que expande os aspetos relativos ao domínio SRPB, o WHOQOL-SRPB (Costa Catré et al., 2014).

O WHOQOL-SRPB foi desenvolvido pelo grupo WHOQOL-SRPB, em virtude de as quatro questões que compunham o domínio SRPB do WHOQOL-100 se terem revelado insuficientes para abranger os aspetos que os grupos focais de 15 centros de todo o mundo suscitaram, aquando da validação deste instrumento genérico (Fleck & Skevington, 2007). Como salientam estes autores, o domínio SRPB veio a constituir-se, durante o debate dos grupos focais, como um dos aspetos centrais da QdV das pessoas, incluindo doentes, profissionais de saúde, bem como pessoas da comunidade em geral. No decurso de validação do WHOQOL-SRPB, que envolveu 18 centros de diferentes partes do mundo (incluindo as Américas, o Médio Oriente, a Europa e a Ásia e, como tal, diferentes religiões), essa centralidade manteve-se (WHOQOL-SRPB Group, 2006), apresentando-se este domínio da QdV, como um domínio que é distinto dos demais, i.e., diferenciado dos domínios físico, psicológico, nível de independência, relações sociais e ambiente, que operacionalizam o constructo de QdV, tal como foi preconizado pela OMS (O'Connell & Skevington, 2010).

Os Constructos Subjacentes ao WHOQOL-SRPB

Subjacentes ao instrumento WHOQOL-SRPB estão os conceitos de qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Enfatizando o ponto de vista do sujeito, o grupo WHOQOL (WHOQOL Group, 1994, 1995) definiu a QdV como “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos e expectativas, padrões e preocupações” (Canavarró et al., 2007, p. 77). Esta é a definição que está subjacente a todos os instrumentos desenvolvidos no âmbito dos grupos WHOQOL. A propósito do WHOQOL-SRPB, O'Connell e Skevington (2010) salientam que esta definição de QdV não pode ser perdida de vista, pois o WHOQOL-SRPB avalia a “experiência” subjetiva dos indivíduos, no âmbito da sua QdV em geral e, especificamente, ao nível da sua QdV espiritual.

Para a construção do WHOQOL-SRPB, o grupo WHOQOL-SRPB teve em conta, ainda, para a definição do conceito de espiritualidade, o constructo de “dimensão espiritual” defendido por Ross (1995), o qual é constituído por três componentes: a necessidade de encontrar sentido; a esperança/vontade para viver; e a fé em si

mesmo, nos outros ou em Deus. No que respeita à religiosidade, esta é entendida como o ritual ou prática, como a forma através da qual os indivíduos expressam a sua ligação ao Transcendente, individual e/ou coletivamente, através de uma organização, distinguindo-se entre religiosidade intrínseca, quando a religião é procurada pelos indivíduos como um fim em si mesmo, e extrínseca, quando o é para atingir outros fins, como por exemplo o estatuto social (Fleck, Borges, Bolognesi, & Rocha, 2003; Koenig, 2008). Relativamente às crenças pessoais, estas respeitam a valores que sustentam o comportamento humano (Fleck et al., 2003), podendo recair, tal como entendido pelo grupo WHOQOL-SRPB (2002, p. 20), “numa teoria científica, num modo de vida, numa filosofia particular ou num código moral e ético”.

Os Grupos Focais como Metodologia nos Instrumentos WHOQOL

O estudo qualitativo, com grupos focais, revelou-se uma etapa determinante para aferir a transculturalidade dos instrumentos desenvolvidos pela OMS no âmbito da avaliação da QdV (Canavarro et al., 2009; Fleck et al., 2003; O’Connell & Skevington, 2005; 2010; Rijo et al., 2006). A metodologia dos grupos focais facultava, igualmente, que se tenha em consideração a realidade de cada país, a sua culturalidade, permitindo, não só a formulação de questões e/ou facetas adicionais (Fleck et al., 2003) que poderão ser incorporadas nas versões nacionais desses mesmos instrumentos (Rijo et al., 2006), mas também aprimorar cada instrumento de medida (Costa Catrê et al., 2014; Torskenæs & Kalfoss, 2013).

A utilização de grupos focais nos instrumentos da família WHOQOL justificava-se, não só por este tipo de instrumentos serem dotados de transculturalidade (na medida em que se focam em aspetos cuja importância é transversal a diferentes culturas), mas também porque os mesmos permitem uma apropriação cultural, incorporando não só aspetos específicos de cada língua, como ainda outros que se revelem significativos para a QdV das pessoas, em cada país, aquando da sua validação. Estes aspetos foram bem demonstrados no estudo de validação para português europeu da medida genérica WHOQOL-100 (no decurso do qual emanou dos grupos focais, uma nova faceta, designada como FP25. Poder político; Rijo et al., 2006) e, mais recentemente, da validação do WHOQOL-OLD (na qual emergiu uma nova faceta relativa à família/vida familiar; Vilar et al., 2016). De igual modo, e na linha de outros estudos internacionais de validação do WHOQOL-SRPB (Fleck et al., 2003; O’Connell & Skevington, 2005; Torskenæs & Kalfoss, 2013), foi na etapa qualitativa com grupos focais que surgiram as novas facetas que constituem o objeto do presente artigo.

Estudo 1 - Estudo Qualitativo com Grupos Focais

Método

Participantes

De acordo com as recomendações do WHOQOL Group (1995), a constituição dos grupos focais deve obedecer aos seguintes critérios: (a) pessoas em contacto com um serviço de saúde; (b) pessoas da população em geral, incluindo cuidadores informais; (c) profissionais da área da saúde. No caso da validação do WHOQOL-SRPB, foi definido que na constituição destes grupos “seriam priorizados: profissionais de saúde (independentemente das suas crenças religiosas); ateus; pessoas com doenças agudas, crónicas e terminais; pacientes que se recuperaram de doenças; membros da religião dominante de cada centro; indivíduos de grupos religiosos minoritários” (Fleck et al., 2003, p. 449). Para ter uma ideia da posição religiosa em Portugal, recorreu-se ao estudo mais recentemente publicado sobre esta temática, o estudo do Centro de Estudos e Sondagens de Opinião & Centro de Estudos de Religiões e Culturas da Universidade Católica Portuguesa, de 2011, intitulado “Identidades religiosas em Portugal: Representações, valores e práticas” (Teixeira, 2012).

A versão em português europeu do WHOQOL-SRPB foi debatida em 12 grupos focais: Profissionais da Saúde (com seis sujeitos de diferentes serviços de saúde e com distintas funções); Pessoas em contacto com um serviço de saúde (seis sujeitos com as mais diversas doenças – e.g., cancro da mama, fibromialgia); Pessoas da população em geral, incluindo cuidadores informais (sete sujeitos, incluindo quatro cuidadores informais e, adiante, designado apenas de “Cuidadores informais”); Católicos (dois grupos focais, um de 10 e outro de seis sujeitos); Não crentes (quatro ateus); Crentes sem prática religiosa regular/assídua, também designado de “Católicos não praticantes” (sete sujeitos); Evangélicos (seis sujeitos); Adventistas do 7º Dia, (oito sujeitos); Testemunhas de Jeová (três sujeitos); Hindus (sete sujeitos); e um grupo adicional com Alunos de Mestrado (composto por 20 alunos do Curso de Mestrado em Supervisão Pedagógica da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra). Estes 12 grupos focais congregaram um total de 90 participantes (65.6% do sexo feminino; 62.2% casados; 72.2% com escolaridade igual ou superior a Licenciatura). A caracterização mais pormenorizada dos grupos focais encontra-se descrita noutra publicação (Costa Catré et al., 2014).

Procedimento

Para a constituição dos grupos focais, foram contactadas diversas entidades (e.g., Serviço Nacional de Saúde e/ou associadas ao mesmo), bem como distintas Comunidades Religiosas. Após a anuência em participar neste estudo, foi dado conhecimento prévio aos seus participantes dos objetivos da reunião (e do seu *modus operandi*), garantida a confidencialidade e o anonimato, bem como a forma de utilização dos dados, somente para fins de investigação. Foi-lhes solicitada a sua autorização, voluntária, para a gravação da sessão. Os procedimentos adotados relativamente ao estudo com os grupos focais encontram-se descritos com maior detalhe noutra publicação (Costa Catré et al., 2014).

Análise de Dados

A análise de dados foi realizada utilizando o programa NVIVO 10 for Windows, de acordo com o descrito em Costa Catré et al. (2014). Seguiram-se os trâmites propostos para análise de conteúdo, tendo-se procedido a uma análise rigorosa do mesmo, entre outros aspetos, efetuando-se a triangulação dos dados. Saliente-se que a matriz de codificação dos dados foi o resultado da concordância dos três avaliadores, coautores deste estudo. Para avaliar o grau de concordância dos avaliadores relativamente às duas facetas adicionais, i.e., para calcular o índice de fiabilidade da análise efetuada pelos três avaliadores, procedemos a uma análise de conteúdo pré-estruturada, conforme descrito em Lima (2013). Deste modo, partindo da análise feita pelos três avaliadores, em concordância e das unidades de registo decorrentes do “recorte” feito pelos mesmos, solicitámos a um juiz independente, externo a todo o processo, coautor do presente estudo, que procedesse à codificação, numa grelha, das unidades de registo, acompanhadas das categorias a aplicar, que lhe foram apresentadas, de forma aleatória. No final, recorrendo ao programa estatístico IBM SPSS (versão 20.0), foi calculado o Kappa de Cohen a partir das duas codificações feitas: a primeira codificação - Cod.1 - a dos três avaliadores e a segunda codificação - Cod. 2 - do juiz independente.

Resultados

Relação com os outros

A relação com os outros e a importância destes foram aspetos classificados, direta e indiretamente, por todos os grupos focais, como estando associados à

sua QdV. Fizeram expressamente essa associação os grupos de Doentes, de Cuidadores informais e de Testemunhas de Jeová. Foi salientada a correspondência biunívoca, capaz de propiciar mas, igualmente, de retirar essa QdV, conforme aparece expresso:

- Nós também interferimos na qualidade de vida dos outros e os outros na nossa.

- Sim, estou a pensar no caso da Liga contra o Cancro. Quando tive a doença, o facto de as outras que tinham tido nos ajudarem, foi muito importante. Às vezes só a sua presença é um testemunho!

- É verdade, os outros levam-nos mais à frente, muitas vezes até sem palavras, só com a sua presença!...

[Grupo 2 - Doentes]

Sobretudo na análise do conceito da religiosidade, foram trazidas, para o debate, as questões ligadas à coerência entre as práticas religiosas e as das vidas das pessoas, fazendo-se a distinção entre uma religiosidade mais ritualista e uma religiosidade como fé ou espiritualidade. No primeiro caso, “os outros” foram sendo objeto de críticas, pela forma como interagem com os demais, com implicações no seu *modus vivendi*:

Penso que é importante não agredir, não ser agredida, não agredir ninguém. É o que é importante para você viver assim, tranquila, sem remorsos. A religiosidade não é só ir à igreja. É fazer algo que seja bom para você mas também para os outros. Há pessoas que vão à igreja, rezam, comungam e maltratam. São frequentadores assíduos da igreja e maltratam os pais.

[Grupo 1- Mestrado]

A propósito da análise do conceito de crenças pessoais, foi referido o seguinte:

Eu acredito que as pessoas são naturalmente boas e simpáticas. Toda a minha vida tive esta crença e tenho a crença de que gosto de toda a gente. De vez em quando, levo uma chapada na vida. Digo sempre “para a próxima vou ser mais cautelosa. Talvez não sejam todos bons” mas não vai abalar a minha crença de que as pessoas naturalmente são boas.

[Grupo 8 - Católicos não praticantes]

Aquando da análise da quinta faceta - Força espiritual - foi assumindo que esta pode estar, ou não, associada a Deus e à religiosidade, referindo-se o seguinte:

- Portanto, essa força espiritual também se vai buscar nos outros e em várias situações.

- Conseguimos ter esses exemplos e conseguimos levantar-nos. A força das pessoas que têm um mal, uma doença, ou uma desgraça que aconteceu na vida, vai-nos dando ânimo, e ajuda-nos a "dar a volta". Com a reação da própria pessoa que está doente, que até nos dá força a nós.

[Grupo 10 – Cuidadores Informais]

Na análise da sexta faceta do WHOQOL-SRPB - Paz interior/serenidade/harmonia - a relação com os outros assumiu especial relevo, tendo sido a partir dessa relação que alguns grupos distinguiram os conceitos presentes na mesma:

- A paz é mais um sentimento íntimo, ao passo que a serenidade pode ser na relação com os outros.*
- E, às vezes, a serenidade ajuda-nos a encontrar a paz.*

[Grupo 1- Mestrado]

Uma pessoa quando sente uma certa paz interior, é quando, de uma maneira em geral a gente está bem com os outros. Isto é mesmo assim. Se nós fizermos uma sacanagem qualquer, se formos, ou em palavras ou atos ou qualquer coisa contra alguém, eu penso que a gente, por mais tempo que passa, não consegue ter uma paz interior, não é? A gente só consegue ter uma verdadeira paz interior se formos boas pessoas.

- Mas tu dizes que sentes paz interior quando estás bem com os outros, é?*
- Sim.*
- Tem a ver com os outros. É dicotómico, dá para os dois lados.*

[Grupo 4 - Ateus]

Ou seja, esta paz consigo próprio, nós podemos não estar com essa paz interior porque são situações que nós temos que resolver, são atitudes que nós temos que ter e que são as certas e que nós achamos que são as certas mas que não nos dão assim, essa paz interior. (...) Mesmo na relação com as pessoas temos que decidir: esta é a atitude correta, nós temos que fazer isto e isso, no fundo, dá-nos uma paz porque é a atitude correta mas, no fundo, não nos dá aquela paz interior!

[Grupo 6 – Católicos 2]

Normalmente está tudo interligado: uma pessoa que tem uma certa serenidade, tenta estar em harmonia com os outros, também acaba por ter uma paz interior. Agora o contrário... lá está tudo interligado!

[Grupo 10 – Cuidadores Informais]

Foi considerado, também, pelo grupo de Cuidadores informais e por um dos grupos Católico, durante o debate, que os outros são, igualmente, quem nos inspira. Os grupos religiosos acentuaram, sobretudo, o respeito e o amor ao próximo, a vivência em comunidade, o auxílio que se deve prestar a quem dele necessita, referindo, igualmente, que os outros ajudam a pôr em prática a relação com Deus e a aprofundá-la. A particularidade assumida pelos grupos religiosos foi a de considerarem que a ligação a Deus/Entidade Superior/Supremo (vista como uma relação vertical) não se dissocia da relação com os outros (relação no plano horizontal) sendo, uma e outra, indissociáveis da religião.

A razão da nossa existência é mesmo Deus. Nós sentimos isso. Sabemos que se aceitamos Deus e que se aceitamos o que ele quer para nós, nós vamos alcançar, aí o propósito, que será a vida eterna e mesmo, na vida prática, o ajudar os outros.

[Grupo 3 - Adventistas do 7º Dia]

No Hinduísmo, o que é que se diz? Para atingir este corpo, o corpo humano, nós temos que fazer muito boas ações. Se vai ver a palavra religião traduzida na Língua Indiana chama-se Dharma mas se traduzir Dharma novamente, não quer dizer religião, quer dizer dever. Portanto Dharma tem vários sentidos. Dharma é o nosso dever perante a sociedade, perante os outros.

[Grupo 7 - Hindus]

A relação com os outros é muito importante para a Testemunha de Jeová. A minha qualidade de vida é muito melhor se eu tiver um relacionamento bom com os outros, com o meu vizinho, por exemplo. Já Jesus dizia que há mais felicidade em dar do que receber. (...) Temos dois grandes mandamentos: amar a Deus e amar o próximo. Um cristão não se isola.

[Grupo 12 - Testemunhas de Jeová]

A religião pura e imaculada é ajudar os órfãos e as viúvas nas suas necessidades. É o que nós entendemos por religião, na Bíblia sagrada. Nós, realmente, como já ouvimos, quando nos reunimos, reunimos, congregamo-nos para adorar o Senhor, para o louvar (...) A nossa ligação com Deus, transformou a nossa vida e depois, com a nossa vida transformada, sentimo-nos bem a ajudar os outros.

[Grupo 9 - Evangélicos]

Apontada como deficitária no WHOQOL-SRPB, a relação com os outros é relevante para os grupos que professam uma religião, não só porque decorrente da relação com Deus, mas também porque é capaz de influenciar o comportamento das pessoas, impulsionando-os à vivência em grupo capaz de influenciar a espiritualidade, como aqui aparece expresso:

Mas, mais que isso, o que eu acho que aquilo que falta aqui é um bocadinho a relação interpessoal. Essa relação interpessoal reflete-se no espírito de grupo, de fazer coisas porque o grupo faz, da adesão ao grupo – e é isso que faz a parte ritual – é o sentir-se bem no meio dos outros e os outros sentem-se bem também...há uma parte aqui que respeita a essa relação interpessoal, da relação com os outros que influencia a espiritualidade... (...) Pois, aqui o que há é muito o “eu”, falta a parte do “outro”.

[Grupo 6 – Católicos 2]

Estilo de Vida

Por seu turno, os cuidados relativos à vida física e pessoal (como sejam a alimentação, a saúde, práticas de abstinência/jejum, de preparação espiritual, como o yoga e a meditação, o contexto em que se vive, o facto de se aderir a um grupo que em muito contribui para que a pessoa viva de uma determinada maneira, pratique determinados rituais, participe na Eucaristia, viva o “espírito” de grupo e concretize a sua espiritualidade), apresentaram-se também como aspetos que têm reflexos na vida dos participantes, contribuindo para o seu bem-estar pessoal e social e para a sua QdV. Os grupos de Adventistas do 7º Dia, de Testemunhas de Jeová, um dos grupos Católico e o grupo de Hindus, qualificaram estes aspetos como fazendo parte do que designaram ser o seu “estilo de vida”. Estes grupos consideraram ainda que o estilo de vida, estando associado diretamente à prática da sua religião e contribuindo para a sua QdV, deveria ser contemplado no WHOQOL-SRPB. A importância dada a este tópico, por estes últimos grupos focais, é evidenciada pelas seguintes unidades de registo:

Até porque gostamos que as pessoas que nos rodeiam se sintam bem, não só a nível espiritual mas também a nível de saúde e de relacionamentos. Isso, para nós, é muito importante. Por isso é que a nossa igreja motiva a expo saúde (...) “estilo de vida” tem tudo. Há uma relação importante entre o estilo de vida e a religiosidade. Não é só a saúde...

[Grupo 3 - Adventista do 7º Dia]

Melhora até o estilo de vida das pessoas. Temos dados concretos que o ensino produz resultados: pessoas com problemas de álcool ou de tabaco, que se conseguiram afastar desses vícios, que melhoraram a sua vida pessoal e familiar. Porque se eu fumar ao pé de quem não fuma, não estou a pôr em prática o amor ao próximo. Se fizer um estudo com as Testemunhas de Jeová, verá que são os que menos fumam, os que não vão para a taberna e os que têm um bom relacionamento de casal.

[Grupo 12 - Testemunhas de Jeová]

Na nossa associação há a formação integral dos jovens, que depois se vai traduzir num estilo de vida que pode ser um bocadinho diferente do dos outros jovens. Nós por exemplo, crescemos aqui, fazemos um caminho, no sentido de nos tornarmos melhores pessoas...

[Grupo 5 - Católicos 1]

Em termos de religiosidade, por exemplo, a nossa religião fala muito em meditação. E podemos estar financeiramente mal mesmo a nível da saúde, ou com o stress ou outras dificuldades, a meditação ajuda-nos a superar problemas que nós temos...meditação, yoga...muitas vezes as pessoas dizem que a yoga, associam yoga com ginástica...mas não é ginástica, a yoga, a própria palavra diz...

- Preparação moral, espiritual.

[Grupo 7 - Hindu]

Análise da Concordância dos Avaliadores

No presente estudo, o valor de Kappa foi de 0.85 ($p < .01$). De acordo com a proposta de Fleiss (1981, citado por Fonseca, Silva, & Silva, 2007), um valor $>.75$ é considerado excelente.

Formulação das perguntas das facetas adicionais

Na sequência da análise de conteúdo e da revisão dos referidos tópicos, foram formuladas, pela equipa de investigadores, várias perguntas para as novas facetas que emergiram nos grupos focais. O desenvolvimento das perguntas para as facetas adicionais obedeceu aos critérios definidos para a formulação de perguntas dos ins-

trumentos WHOQOL (WHOQOL Group, 1994), atendendo de igual modo à definição de QdV que subjaz ao WHOQOL-SRPB. A Figura 1 apresenta as quatro perguntas que passaram a compor a versão final da faceta SP9. Relação com os outros. Na Figura 2 apresentam-se as perguntas que constituem a faceta SP10. Estilo de vida. Estas duas facetas foram sujeitas a uma análise das suas características psicométricas, cujos resultados são apresentados no Estudo 2.

SP9.1 Em que medida as suas crenças espirituais, religiosas ou pessoais contribuem para a sua relação com os outros?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

SP9.3 Até que ponto é que a relação que tem com os outros é coerente com as suas crenças espirituais, religiosas ou pessoais?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

SP9.6 Em que medida é que a relação com os outros dá sentido à sua vida?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

SP9.7 Em que medida é que as suas crenças espirituais, religiosas ou pessoais levam a preocupar-se com o bem-estar dos outros?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Figura 1. Questões e escalas de resposta da Faceta Portuguesa SP9. Relação com os outros

SP10.1 Em que medida é que as suas crenças espirituais, religiosas ou pessoais contribuem para o seu estilo de vida (ao nível da alimentação, da educação, de celebração/ritual (ais), de meditação, de relacionamento sexual e conjugal...)				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

SP10.2 Até que ponto está satisfeito com o seu estilo de vida?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

SP10.3 Até que ponto é que sente que o seu estilo de vida está de acordo com as suas crenças espirituais, religiosas ou pessoais?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

SP10.4 Em que medida é que o seu estilo de vida melhora a sua qualidade de vida?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Figura 2. Questões e escalas de resposta da Faceta Portuguesa SP10. Estilo de vida

Discussão

O presente estudo foi demonstrativo de que a etapa qualitativa, com os grupos focais, foi fundamental no processo de validação da versão em português europeu do WHOQOL-SRPB, porquanto permitiu aperfeiçoar este instrumento de medida ao nível da formulação das questões e da sua adaptação para o português europeu (Costa Catré et al., 2014). De igual modo, foi profícuo ao gerar, durante a análise e o debate do WHOQOL-SRPB, os tópicos que conduziram a duas novas facetas, apontadas como deficitárias neste instrumento: SP9. *Relação com os outros* e SP10. *Estilo de vida*.

A dimensão dos outros reforça os dados reportados num estudo com raízes culturais comuns ao nosso, o do desenvolvimento da versão brasileira do WHOQOL-SRPB (Fleck et al., 2003), no qual se acentuou a importância dos outros, concretizada na proposta pelos grupos focais brasileiros de uma faceta adicional designada de “amor pelos outros”. Esta dimensão é também consonante com o que consta em duas das questões adicionais do manual do WHOQOL-SRPB (*How important is to you have love and compassion?; How important is for you to experience kindness to other without expecting anything in return?; WHOQOL-SRPB, 2002*), cuja aplicação foi deixada à discricionariedade dos investigadores. Neste estudo, entendemos não utilizar estas questões por pretendermos aplicar a versão final do instrumento tal como resultou da sua validação original. A relação com os outros ganhou, no presente estudo, um outro sentido, que não apenas a importância/satisfação que a mesma assume para a pessoa e que aparece expressa no estudo de Fleck et al. (2003). Na verdade, esta faceta adicional nacional surge aqui, não isolada, mas antes marcadamente perspectivada dentro do domínio SRPB, i.e.: (1) no contexto concreto das crenças espirituais, religiosas e pessoais; (2) no contributo dessas crenças para a relação que se tem com os demais; e (3) da coerência que existe nessa relação com as referidas crenças. No âmbito desta nova faceta, assumiu também importância a satisfação que se tem com essa relação e, se esta, de alguma forma, dá sentido à vida da pessoa. Estes aspetos foram amplamente referidos pelos diferentes grupos focais deste estudo, o que vem reforçar a centralidade da dimensão relacional no âmbito do modelo de saúde espiritual e bem-estar preconizado por Fisher (2011).

De assinalar que, embora os “outros”, no estudo de Fleck et al. (2003), tenham dado a posteriori origem a uma nova faceta, estiveram em debate duas facetas definidas previamente que contemplavam essa dimensão: a faceta “bondade com os outros/abnegação/renúncia” e a faceta “aceitação dos outros” (ambas propostas pelo WHOQOL-SRPB Group). No entanto, estas foram apontadas pelos grupos focais do Brasil como tendo alguns constrangimentos (e.g., a ausência de sinceridade nas respostas; dificuldades de colocar em prática). No nosso estudo, porém, tendo emergido espontaneamente no debate dos grupos focais, a SP9. *Relação com os outros* (tal como posteriormente formulada, bem

como o teor incluído nas respetivas questões, resultantes do debate nos grupos focais), tem a particularidade de: (1) manter incólume a relevância dos outros para a QdV espiritual (que foi inicialmente considerada importante, quer pelos grupos focais que analisaram o WHOQOL-100, quer pelos especialistas que a sujeitaram à discussão nos grupos focais do WHOQOL-SRPB); (2) permitir que se ultrapassassem as dificuldades enunciadas por Fleck et al. (2003); e (3) abranger a nova faceta proposta pelos grupos focais no Brasil.

Em relação ao estilo de vida, esta dimensão surgiu, tal como a anterior, indissociada da prática da religião. Esta prática conduz, inequivocamente, segundo os participantes deste estudo, a “cuidados” do foro físico, pessoal, familiar e espiritual que se refletem na vida diária das pessoas (e.g., da própria educação dos participantes, da forma como se relacionam, inclusive, a nível conjugal e familiar) e que contribuem para a sua QdV e para a sua saúde, tal como estas são perspetivadas pela OMS (Canavarro et al., 2007; Saxena & Orley, 1997).

No estudo da versão em Português do Brasil (Fleck et al., 2003), foi debatida a faceta “código para se viver” (inicialmente proposta pelo Grupo WHOQOL-SRPB). Esta nomenclatura, todavia, levou à sua rejeição pelos participantes daquele estudo. Porém, embora próxima da referida faceta, o Estilo de vida não se confunde com a mesma, podendo até ultrapassar as questões suscitadas pelos participantes no estudo brasileiro do WHOQOL-SRPB. Com efeito, a SP10. *Estilo de vida* apresenta-se como uma faceta mais abrangente, ao ter como referência as crenças espirituais, religiosas e pessoais; as implicações que estas têm na forma de viver das pessoas; o contributo que aquele estilo de vida próprio dá para a qualidade de vida dos indivíduos; e a questão da coerência. Este último aspeto – a coerência – surge, não só vincadamente referido pelos participantes no nosso estudo, mas também no de Fleck et al. (2003), sendo um dos aspetos que é importante para as pessoas que professam uma religião mas, igualmente, para aqueles que a não professam (Costa Catré et al., 2014).

Estudo 2 - Estudo Quantitativo

Método

Participantes

Para aferir as propriedades psicométricas das novas facetas da versão em português europeu do WHOQOL-SRPB levou-se a efeito um estudo quantitativo, que

partiu de um estudo mais específico com profissionais da educação (docentes e não docentes), da zona centro do país, mas que foi estendido a uma amostra não restrita a esses profissionais. Tal justificou-se, atentos os critérios orientadores do WHOQOL-SRPB Group (2006), para a validação nacional daquele instrumento de medida (os quais tinham sido já seguidos pelos 18 centros para avaliação da QdV, no estudo inicial realizado). De acordo com os referidos critérios, a amostra deve ser constituída por um mínimo de 240 indivíduos adultos, sendo que 50% desses indivíduos devem ter uma idade inferior a 45 anos, 50% devem ser do sexo masculino e 50% devem ser doentes. Acresce que, as crenças espirituais, religiosas e pessoais deverão ser diversificadas, assegurando-se que a amostra não seja inteiramente composta por pessoas religiosas. Neste estudo quantitativo, embora tenhamos selecionado a área geográfica constituída pela cidade de Coimbra e pelos concelhos circunvizinhos, o raio de ação estendeu-se até à cidade de Lisboa, numa perspetiva de abarcar uma maior diversidade religiosa.

A amostra foi composta por 606 participantes, em que 416 (68.6%) eram profissionais da educação (docentes e não docentes, respetivamente com um $n = 297$ e um $n = 119$) e os restantes apresentaram distintas profissões/áreas profissionais ($n = 161$) ou não responderam à questão relativa à profissão ($n = 29$). Os participantes tinham uma idade média de 46.88 (Desvio-padrão [DP] = 13.42; amplitude: 18-86 anos). Destes, 42.7% ($n = 259$) tinham uma idade M a 45 anos e 55.8% ($n = 338$) tinham uma idade superior a 45 anos, havendo nove respostas omissas (1.5%). Os participantes eram maioritariamente do sexo feminino (72.4%), casados(as), ou vivendo em união de facto (69.1%), encontravam-se empregados(as) (77.7%) e eram detentores(as) de Bacharelato/Licenciatura ou superior (65.2%). A proporção de participantes referindo ser doente foi de 32.2% e 57.3% dos participantes reportaram uma boa perceção geral de saúde. As características sociodemográficas, bem como a afiliação religiosa, dos participantes neste estudo, encontram-se expressas na Tabela 1.

Tabela 1
Características sociodemográficas da amostra e afiliação religiosa

	<i>n</i> (%)
Sexo	
Masculino	167 (27.6)
Feminino	439 (72.4)
Habilitações literárias	
M 3º Ciclo do Ensino Básico	70 (11.6)
Ensino Secundário	132 (21.8)
Bacharelato/Licenciatura	315 (52.0)
Mestrado/Doutoramento	80 (13.2)
Missing values	9 (1.5)

Estado Civil

Solteiro(a)	119 (19.6)
Casado(a)/União de facto	419 (69.1)
Separado(a)/Divorciado(a)	52 (8.6)
Viúvo(a)	13 (2.1)
Missing values	3 (0.5)

Situação profissional

Empregado(a)	471 (77.7)
Desempregado(a)	51 (8.4)
Reformado(a)	45 (7.4)
Missing values	39 (6.4)

Doença^a

Sim	195 (32.2)
Não	411 (67.8)
Perceção do estado de saúde	
Muito boa	63 (10.4)
Boa	347 (57.3)
Nem boa nem má	162 (26.7)
Má	23 (3.8)
Missing values	11 (1.8)

Afiliação religiosa

Nenhuma	65 (10.7)
Católica	422 (69.6)
Protestante ^b	70 (11.6)
Ortodoxa	6 (1.0)
Judaica	1 (0.2)
Muçulmana	3 (0.5)
Hindu	11 (1.8)
Budista	4 (0.7)
Outra (Espírita, Espírita Kardecista, Estudo de Doutrina Espírita e Reiki)	10 (1.7)
Missing values	14 (2.3)

^a Nesta variável, foi tido em consideração não só todos os indivíduos que declararam ter uma doença, e a identificaram, mas também todos quantos apresentavam sintomas de depressão, à semelhança do que sucedeu no estudo de validação do WHOQOL-SRPB, no Brasil (Panzini et al., 2011). No nosso estudo, porém, tivemos em conta o ponto de corte enunciado por Vaz Serra (1994): U 20, que aferimos utilizando o IACLIDE (Inventário de Avaliação Clínica de Depressão) desse mesmo autor. As doenças expressamente indicadas pelos respondentes caracterizam-se por ser, essencialmente, agudas e crónicas. Foram referidos, pelos inquiridos, diferentes tipos de patologia (e.g., doenças como uma constipação ou gripe a doenças do foro neurológico, motor, cardíaco, psiquiátrico e oncológico). A quase totalidade (97.3%) das pessoas que assinalaram ter uma doença, afirmaram estar a ser seguidas em consulta externa.

^b Neste grupo incluíram-se Evangélicos, Adventistas do 7^o Dia e Presbiterianos.

Questionados em que medida consideravam ser pessoas religiosas/crentes/de fé, 279 participantes (46%) afirmaram sê-lo moderadamente, 32.8% referiram sê-lo muito e 5% assinalaram ser nada religioso(a). Em relação às crenças espirituais, 32% dos participantes responderam ter muitas, 27.7% referiram não ter muitas nem poucas, 17.2% referiram ter poucas e 8.3% referiram ter nenhuma. Quanto às crenças pessoais fortes, 36.1% mencionaram ter muitas, 29.4% referiram ter nem muitas

nem poucas, sendo que 7.9% assinalaram ter nenhuma. Numa escala que variava entre 1 (nada importante) e 5 (muitíssimo importante) para aferir a importância da religião na sua vida, os participantes (n = 584) apresentaram uma média de 3.68 (DP = 1.20), tendo-se registado 3.6% (n = 22) de valores omissos neste item.

Procedimento

O presente estudo foi aprovado pela Direção-Geral da Educação (DGE), bem como pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd). A sua realização nos vários estabelecimentos de ensino, públicos e privados, foi autorizada pelas Direções onde se realizou a recolha de dados. Numa tentativa de o nosso estudo ser enriquecido com a maior diversidade de religiões possível, foram contactadas várias comunidades religiosas, da zona centro e também de Lisboa, entre as quais as que gentilmente permitiram que os inquiridos fossem aí realizados a quem, dessas comunidades, voluntariamente acedesse a respondê-los. Em todos os grupos de estudo, os questionários foram preenchidos de livre, esclarecida e espontânea vontade, assegurando-se a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos.

Instrumentos

WHOQOL-SRPB (Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs). O WHOQOL-SRPB (WHOQOL-SRPB Group, 2002, 2006) é composto por 32 itens organizados em oito facetas (SP1. Ligação a um ser ou força espiritual, SP2. Sentido da vida, SP3. Admiração, SP4. Totalidade e integração, SP5. Força espiritual, SP6. Paz interior/serenidade/harmonia, SP7. Esperança e otimismo e SP8. Fé), cada uma avaliada por quatro perguntas. O desenvolvimento da versão em português europeu do WHOQOL-SRPB encontra-se descrito com maior pormenor em outra publicação (Costa Catré et al., 2014). Os itens são respondidos numa escala de resposta de cinco pontos, variando, por exemplo no que respeita à escala de intensidade, entre 1 (Nada) e 5 (Muitíssimo). Neste estudo, valores de α de Cronbach das oito facetas variaram entre .71 (Admiração) e .96 (Ligação a um ser ou força espiritual).

World Health Organization Quality of Life - versão abreviada (WHOQOL-Bref). O WHOQOL-Bref (WHOQOL Group, 1998; versão portuguesa: Canavarro et al., 2007) é um instrumento de avaliação da QdV composto por 26 itens, que se encontram organizados em quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e ambiente) e numa faceta geral (que avalia a QdV geral e a percepção geral de saúde). Os itens são respondidos

numa escala de resposta de cinco pontos, variando, por exemplo, entre Nada e Completamente. Resultados mais elevados refletem uma percepção de melhor QdV. No presente estudo, os valores do α de Cronbach variaram entre .71 (Relações sociais) e .83 (Físico).

Análise de Dados

Com base na análise qualitativa, e considerando os critérios de formulação de perguntas dos instrumentos WHOQOL (WHOQOL Group, 1994), foram inicialmente formuladas sete perguntas para a faceta SP9. *Relação com os outros*. Para a faceta SP10. *Estilo de vida* foram elaboradas apenas quatro perguntas por se considerar que estas seriam suficientes para abarcar os múltiplos tópicos referidos pelos grupos focais (e.g., alimentação, prática de celebração/ritual(ais), meditação), os quais passaram a figurar na sua redação, a título exemplificativo, de acordo com os exemplos dados *ipsis verbis* pelos vários grupos focais (cf. pergunta SP10.1, Figura 2). Considerando que, originariamente, cada faceta do WHOQOL-SRPB é avaliada apenas por quatro questões, tornou-se necessário selecionar, para a faceta Relação com os outros, as quatro questões destinadas a integrar essa faceta. Procedendo-se à análise estatística da consistência interna, adotou-se, como critério de seleção das quatro questões finais, uma correlação entre cada um dos itens e o total da faceta superior a .40. Neste sentido, foram selecionados os itens que apresentavam as correlações mais elevadas. O tratamento e análise dos dados foram feitos com recurso ao programa estatístico IBM SPSS, versão 20.0.

Resultados

Consistência Interna

A faceta SP9. *Relação com os outros* apresentou um α de Cronbach de .79, verificando-se uma correlação item-total superior a .42. O valor do α quando excluído cada item oscilou entre .69 e .81. No que respeita à faceta SP10. *Estilo de vida*, as quatro questões formuladas revelaram ter, igualmente, uma boa consistência interna, apresentando um α de Cronbach de .76 e verificando-se uma correlação item-total superior a .48 para todos os itens. Quando excluído cada item, o α variou entre .66 e .76. Em termos globais, a leitura do valor do α de Cronbach caso cada item seja retirado revela uma diminuição da consistência interna, o que atesta a importância de cada item para a faceta a que respeita (cf. Tabela 2).

Tabela 2
Correlação item-total e consistência interna da faceta SP9. Relação com os outros e SP10. Estilo de vida

Facetas	Itens	Média	Desvio-Padrão	Correlação item-total	com exclusão do item	de Cronbach
SP 9 [Relação com os outros]	SP9.1	3.74	0.87	.66	.70	.79
	SP9.3	3.63	0.76	.62	.72	
	SP9.6	3.91	0.66	.42	.81	
	SP9.7	3.92	0.79	.69	.69	
SP10 [Estilo de vida]	SP10.1	3.57	0.88	.48	.76	.76
	SP10.2	3.79	0.70	.57	.71	
	SP10.3	3.58	0.79	.64	.66	
	SP10.4	3.74	0.74	.59	.70	

Correlações com as oito facetas originais do WHOQOL-SRPB

No que respeita às correlações entre as duas facetas adicionais e as oito facetas do WHOQOL-SRPB, a SP9. *Relação com outros* apresentou correlações moderadas a fortes (de acordo com as convenções de Cohen, 1992), que oscilaram entre .41 (Paz interior, serenidade e harmonia) e .68 (Força Espiritual). No que concerne à SP10. *Estilo de vida*, as correlações variaram entre .47 (Ligação a um Ser ou Força Espiritual) e .70 (Totalidade e integração). Todas as correlações foram positivas e estatisticamente significativas para $p < .001$, suportando a validade de conteúdo das duas facetas adicionais.

Correlações com os domínios do WHOQOL-Bref

Relativamente à correlação entre as novas facetas e as dimensões de QdV genérica, os resultados mostraram a existência de correlações positivas e significativas com todos os indicadores do WHOQOL-Bref (em termos globais, as correlações foram fundamentalmente moderadas; Cohen, 1992). Em relação à SP9. *Relação com os outros*, as correlações variaram entre .10 (Físico) e .28 (Psicológico). A correlação com a faceta geral de QdV foi de .16 ($p < .001$). Já em relação à SP10. *Estilo de vida*, as correlações variaram entre .23 (Físico) e .48 (Psicológico). A correlação com a faceta geral de QdV foi de .37 ($p < .001$).

Validade Discriminante

Para a comparação de médias nas duas facetas adicionais entre o grupo de pessoas saudáveis ($n = 411$) e o de pessoas doentes ($n = 195$) foi realizada uma análise univariada da variância (ANOVA). Em relação à faceta Relação com os outros, não

se verificam diferenças significativas entre saudáveis e doentes ($F(1,586) = 2.43, p = .120, \eta_p^2 = .004$; ($M = 69.36; SD = 15.49$ vs. $M = 71.44; SD = 14.31$)). Relativamente ao Estilo de vida, o grupo de participantes saudáveis apresentou uma média superior à do grupo de doentes ($M = 67.81; SD = 14.14$ vs. $M = 64.86; SD = 15.54$), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($F(1,586) = 5.23, p = .023, \eta_p^2 = .009$).

Discussão

No estudo quantitativo, as facetas adicionais revelaram ter boas propriedades psicométricas, ao nível da sua consistência interna, apresentando cada uma um α de Cronbach superior a .70, excedendo, deste modo, o valor mínimo habitualmente definido como aceitável (Pasquali, 2003). As duas novas facetas apresentaram ainda correlações positivas e estatisticamente significativas, quer com as restantes facetas do WHOQOL-SRPB (todas superiores a .41), quer com os domínios e faceta geral de QdV, o que reforça a validade de conteúdo destas facetas adicionais do módulo português europeu do SRPB, bem como validade convergente com a medida de QdV genérica.

As diferenças entre saudáveis e doentes não foram significativas em relação à faceta SP9. *Relação com os outros*, sugerindo que esta é importante para os dois grupos de participantes, e provavelmente menos afetada pela presença de doença. Este resultado é consistente com o reportado no estudo de Panzini, Maganha, Rocha, Bandeira, e Fleck (2011), que não encontrou diferenças entre doentes e não doentes no domínio de QdV Relações sociais, bem como na generalidade das facetas do WHOQOL-SRPB. Este resultado pode ser entendido no âmbito da composição da nossa amostra, já que esta, maioritariamente, professa uma religião e, apesar dos participantes se considerarem moderadamente religiosos, a religião assume muita importância na sua vida. Com efeito, a importância média da religião, numa escala variando entre 1 e 5, foi significativamente mais elevada no grupo de doentes (3.92 vs. 3.56). Tendo em conta o debate ocorrido nos grupos focais, os outros assumem um papel de extrema relevância para as pessoas que professam uma religião, já que a relação com Deus é carecida de práticas que lhes andam associadas, como sejam os rituais, ou práticas de foro caritativo, entre outras; os outros permitem pôr em prática a relação com Deus e aprofundá-la; a ligação a Deus/Entidade Superior/Supremo (vista como uma relação vertical) não se dissocia da relação com os outros (relação no plano horizontal) sendo, uma e outra, indissociáveis da religião. É comum às várias religiões encorajarem as pessoas para que cuidem umas das outras, para que sejam generosas (Koenig, 2005; Koenig, King, & Carson, 2012) o que conduz, ao desenvolvimento de atividades altruístas (Bridges & Moore, 2002; Koenig, 2008; Koenig et al., 2012). Estas estão associadas positivamente ao bem-estar

e à satisfação com a vida (com ganhos para a saúde física e mental dos indivíduos) e associam-se positivamente à coesão e estabilidade de comunidades minoritárias e das famílias (Koenig, 2002, 2005). A comunidade religiosa surge como o local onde habitualmente as pessoas se envolvem e partilham ideias e crenças, sendo onde, também, obtêm apoio emocional e aconselhamento espiritual, assim como ajuda a outros níveis, designadamente a económica (Koenig, 2005).

Relativamente à faceta SP10. *Estilo de vida*, observou-se a existência de diferenças entre os participantes saudáveis e doentes, com estes últimos a apresentarem resultados significativamente inferiores. Tendo em conta que esta faceta se enquadra especificamente no âmbito da espiritualidade, da religiosidade e das crenças pessoais da QdV, também aqui a composição da nossa amostra (que maioritariamente professa uma religião e que atribui uma importância muito relevante à religião) pode contribuir para compreender este resultado. Com efeito, este resultado é consistente com os estudos nesta área que mostram que os indivíduos que se envolvem religiosamente são os que apresentam comportamentos saudáveis, promovidos pelo grupo que pertencem, seja ao nível da alimentação, da prática de exercício físico ou ao nível de práticas sexuais seguras. São, também, menos propensos ao consumo de drogas, apresentando menos doenças do foro cardiovascular e/ou depressivas, com reflexos para o seu bem-estar e QdV (Koenig et al., 2012; Mueller, Plevak, & Rummins, 2001). Este resultado parece ainda reforçar a ideia de que o conceito de saúde deverá contemplar a dimensão espiritual do ser humano, assumindo-se de forma mais explícita como um conceito bio-psico-socio-espiritual (O'Connell & Skevington, 2010; Stuckelberger, 2005).

Considerações Finais

Os dois estudos reportados no presente artigo focam-se no desenvolvimento e aplicação de duas novas facetas que, de acordo com as recomendações do grupo WHOQOL, passarão a integrar a versão em português europeu do WHOQOL-SRPB. Essas novas questões enquadram-se na perspetiva de QdV defendida pela OMS, a qual não pode ser perdida de vista porquanto é a mesma que sustenta o WHOQOL-SRPB (Fleck & Skevington, 2007; O'Connell & Skevington, 2010). Em concreto, as questões formuladas para as duas novas facetas da versão em português europeu do WHOQOL-SRPB, permitem aferir a perceção subjetiva que o indivíduo tem da sua relação com os outros e do seu estilo de vida, dentro do quadro da vivência da sua espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, uma vez que é este domínio da QdV que aqui está em causa, i.e., a perceção dos indivíduos relativamente à sua QdV em geral e, especificamente, à sua QdV espiritual.

Os presentes estudos não se encontram isentos de limitações. No estudo qualitativo (Estudo 1), o processo de amostragem por conveniência, bem como a dimensão de alguns dos grupos focais, não permite a generalização dos resultados. Não obstante, a inclusão de diversos grupos focais compostos por um grande número de orientações religiosas, assim como a diversidade de unidades de registo dos diferentes grupos sobre as novas facetas dão alguma segurança aos resultados reportados. Relativamente ao estudo quantitativo (Estudo 2), assinalam-se como limitações a amostra de conveniência, a maior proporção de participantes do sexo feminino (em parte justificado pelo facto da amostra ser maioritariamente constituída por profissionais da área da Educação, onde o sexo feminino é predominante), bem como o desenho transversal do estudo e a ausência de teste-reteste, que não nos permitiu avaliar a sensibilidade à mudança e a estabilidade temporal das duas facetas adicionais.

Apesar destas limitações, é de assinalar importantes pontos fortes dos dois estudos, onde se inclui uma amostra de tamanho considerável e congregando uma grande diversidade de orientações religiosas. De assinalar que os resultados obtidos no estudo qualitativo (que apresentou um excelente índice de fiabilidade) e no quantitativo (que revelou também indicadores muito satisfatórios da consistência interna das duas novas facetas) são demonstrativos que, para os portugueses, a relação com os outros e o estilo de vida são aspetos importantes para a sua QdV espiritual. Além disso, parecem também contribuir para a sua QdV genericamente considerada, bem como para a sua saúde global, efetiva e percecionada, dentro do modelo holístico da OMS. De igual modo, há a referir as correlações com o total do WHOQOL-SRPB, que reforçam a validade de conteúdo, a importância destas novas facetas para o domínio da espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais da QdV e, fundamentalmente, a multidimensionalidade do constructo da QdV espiritual.

Referências

- Bridges, L., & Moore, K. (2002). *Religious involvement and children's well-being: What research tell us (and what it doesn't)*. Consultado em <http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/03/ReligiosityRB.pdf>
- Canavarro, M. C., & Pereira, M. (2012). Factor structure and psychometric properties of the European Portuguese version of a questionnaire to assess quality of life in HIV-infected adults: The WHOQOL-HIV-Bref. *AIDS Care*, 24, 799-807.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., & Pintassilgo, A. L. (2011). Quality of life assessment in HIV-infection: Validation of the European Portuguese version of WHOQOL-HIV. *AIDS Care*, 23, 187-194.

- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., ... Carona, C. (2007). WHOQOL-Bref: Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Org.), *Avaliação Psicológica - Instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 77-99). Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Simões, M. R., Rijo, D., Pereira, M., Gameiro, S., ... Paredes, T. (2009). Development and general psychometric properties of the Portuguese from Portugal version of the World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL-100). *International Journal of Behavioral Medicine*, 16, 116-124.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Costa Catré, M. N., Ferreira, J. A., Pessoa, T., Pereira, M., Canavarro, M. C., & Catré, A. (2014). O domínio SRPB (Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs) do WHOQOL: O estudo com grupos focais para validação da versão em Português europeu do WHOQOL-SRPB. *Análise Psicológica*, 4 (XXXII), 401-417.
- Fisher, J. (2011). The four domains model: Connecting spirituality, health and well-being. *Religions*, 2, 17-28.
- Fleck, M. P. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas. *Ciência & Saúde Colectiva*, 5, 33-38.
- Fleck, M. P., Borges, Z., Bolognesi, G., & Rocha, N. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37, 446-455.
- Fleck, M. P., & Skevington, S. (2007). Explicando o significado do WHOQOL-SRPB. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Supl. 1), 146-149.
- Fonseca, R., Silva, P., & Silva, R. (2013). Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa. *Laboratório de Psicologia*, 5, 81-90.
- Koenig, H. (2002). *Spirituality in patient care*. West Conshohocken PA: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H. (2005). *Faith and mental health: Religions resources for healing*. West Conshohocken PA: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H. (2008). *Medicine, religion and health: Where science and spirituality meet*. West Conshohocken PA: Templeton Foundation Press.
- Koenig, H., King, D., & Carson, V. (2012). *Handbook of religion and health* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Lima, J. A. (2013). Por uma análise de conteúdo mais fiável. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 47(1), 7-29.
- Mueller, P., Plevak, D. J., & Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clinical Proceedings*, 76, 1225-1235.
- O'Connell, K., & Skevington, S. (2005). The relevance of spirituality, religion and personal beliefs to health-related quality of life: Themes from focus groups in Britain. *British Journal of Health Psychology*, 10, 379-398.
- O'Connell, K., & Skevington, S. (2010). Spiritual, religious, and personal beliefs are important and distinctive to assessing quality of life in health: A comparison of theoretical models. *British Journal of Health Psychology*, 15, 729-748.
- Panzini, R. G., Maganha, C., Rocha, N. S. D., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. (2011). Brazilian validation of the quality of life instrument/spirituality, religion and personal beliefs. *Revista de Saúde Pública*, 45, 153-165.

- Pasquali, L. (2003). *Psicometria – Teoria dos testes na psicologia e educação*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M.C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9, 109-123.
- Rijo, D., Canavarro, M. C., Pereira, M., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Especificidades da avaliação da qualidade de vida na população portuguesa: O processo de construção da faceta portuguesa do WHOQOL-100. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 25-30.
- Ross, L. (1995). The spiritual dimension: Its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, 32, 457-468.
- Saxena, S., & Orley, J. (1997). Quality of life assessment: The World Health Organization perspective. *European Psychiatry*, 12, 263-266.
- Skevington, S., Sartorius, N., Amir, M., & WHOQOL-Group (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. The history of the WHOQOL instruments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 1-8.
- Stuckelberger, A. (2005). *The round table spirituality, religion and health at the United Nations-Genève*. Retirado de http://www.wunrn.com/news/2006/05_08_06/051206_spirituality_religion.pdf
- Teixeira, A. (2012). *Identidades religiosas em Portugal: Representações, valores e práticas*. Universidade Católica Portuguesa. Consultado em http://www.agencia.ecclesia.pt/dlds/bo/Inquirito2011_Resumo.pdf
- Torskenæs, K. B., & Kalfoss, M. H. (2013). Translation and focus group testing of the WHOQOL Spirituality, Religiousness, and Personal Beliefs Module in Norway. *Journal of Holistic Nursing*, 31, 25-34.
- Vaz Serra, A. (1994). *IACLIDE - Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- Vilar, M., Simões, M. R., Lima, M. P., Cruz, C., Sousa, L. B., Sousa, A. R., & Pires, L. (2014). Adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa: A metodologia de grupos focais na avaliação da Qualidade de Vida em adultos idosos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 37, 71-95.
- Vilar, M., Sousa, L. B., & Simões, M. R. (2016). The European Portuguese WHOQOL-OLD module and the new facet Family/Family life: Reliability and validity studies. *Quality of Life Research*, 25, 2367-2372.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403-1409.
- WHOQOL SRPB Group. (2002). *WHOQOL Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) Field-Test Instrument*. Consultado em http://www.who.int/mental_health/media/en/622.pdf
- WHOQOL SRPB Group. (2006). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine*, 62, 1486-1497.